This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

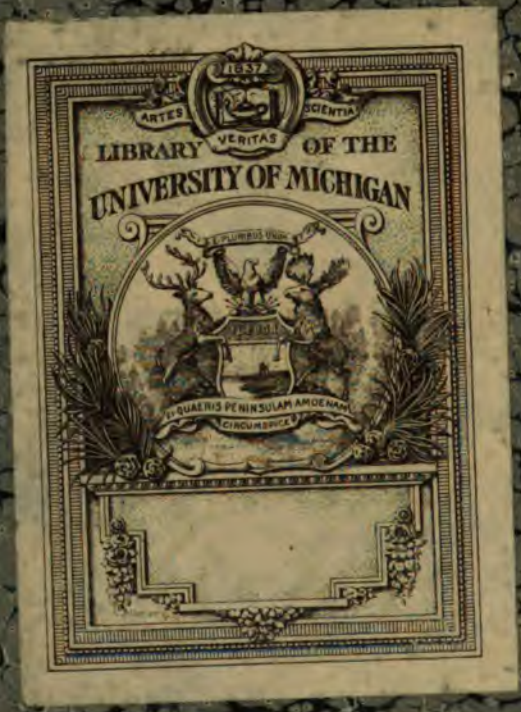
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

les
oes

H 616.08
J86 (1)

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

I

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr P. JOUSSET

De la Trachéotomie dans le traitement du croup (*Arch. gén. de méd.*, août 1844).

Des Formes de la folie (*Arch. gén. de méd.*, 1845).

Du Cancer (thèse inaugurale, Paris, 1846).

Les Phénomènes locaux de l'inflammation (thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1847).

Réponse aux Lettres de M. Manec sur l'homœopathie (*Art médical*, 1856, et tirage à part).

Histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, considérée comme lésion du délire fébrile (*Art médical*, 1856).

Des Effets produits chez l'homme et chez les animaux par le sulfure de carbone (*Art médical*, 1856).

Des Injections iodées; de leur mode d'action et de leurs indications; mémoire couronné par les Sociétés médicales de Gand et de Bordeaux (*Art médical*, 1857, et tirage à part).

Des Inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1857).

Du Suicide et de la Monomanie suicide; étude sur l'extravagance naturelle et l'extravagance morbide (*Art médical*, 1858, et tirage à part).

Des Indications et des contre-indications de la trachéotomie dans le traitement du croup (*Art médical*, 1859).

Du meilleur Mode d'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes (*Art médical*, 1861).

Congestion cérébrale apoplectiforme (*Art médical*, 1861, et tirage à part).

Des Indications du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde (*Art médical*, 1862).

De l'Expectation et du traitement homœopathique dans la pneumonie (*Art médical*, 1862, et tirage à part).

Des Formes et du traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1863).

Des Formes et du traitement de l'hystérie (*Art médical*, 1864).

De l'Aliénation et de la Folie (*Art médical*, 1865, et tirage à part).

Conférences publiques sur l'homœopathie (*Art médical*, 1867, et tirage à part).

Paris. — Typ. A. Parent rue Monsieur-le-Prince, 31.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

119236

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

PAR

LE Dr P. JOUSSET

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE
MEMBRE ET LAURÉAT DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES
INTERNE-LAURÉAT (MÉDAILLE D'OR) DES HÔPITAUX DE PARIS
CHEVALIER DE CHARLES III

TOME PREMIER

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
19, rue Hautefeuille, 19

LONDRES
HIPP. BAILLIÈRE

MADRID
C. BAILLY-BAILLIÈRE

NEW-YORK
BAILLIÈRE BROTHERS

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, 10, QUERSTASSE

1868

Tous droits réservés

PRÉFACE

Le livre que nous offrons aujourd'hui au public n'est que le développement des leçons faites il y a vingt-cinq ans par J.-P. Tessier, à l'École pratique et à l'Hôtel-Dieu. Nous avons conservé le cadre nosologique et la méthode d'exposition de notre maître; ses travaux ultérieurs et ceux de ses élèves : les Drs Champeaux, Davasse, Dufresne, Frédault, Gabalda, Hélot, Imbert-Gourbeyre, Milcent, Ozanam, ont été mis largement à contribution pour la description des maladies; enfin nous avons tenu à mettre ce livre au courant de la science en empruntant à l'anatomie pathologique, à l'histologie et à la physiologie pathologique moderne leurs conclusions réellement pratiques.

Ces *Éléments* de médecine pratique contiennent non-seulement l'histoire de toutes les *espèces morbides*, mais encore la description des *formes* que renferme chaque espèce. Après une description qui établit la physionomie de chaque maladie et permet d'asseoir le *diagnostic* et le *pronostic*, nous avons donné aussi complétement que possible le *traitement homœopathique* de chaque espèce et de chaque forme. Pour la partie thérapeutique, nous

nous sommes servi : en premier lieu de la matière médicale de Hahnemann, puis des livres des Drs Teste, Espanet, Jarh, des journaux homœopathiques et de la collection clinique du Dr Roth. Nous avons distingué avec soin les médicaments que des observations suffisantes ou notre propre expérience nous permettaient de recommander comme ayant une action certaine de ceux qui sont indiqués seulement par la matière médicale pure.

Des *Éléments de médecine pratique* devant réunir toutes les connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine, nous avons donné le *Manuel opératoire* des opérations que le médecin se trouve obligé de pratiquer d'urgence : tamponnement, trachéotomie, etc., etc. Nous avons aussi donné des renseignements suffisants pour les indications de l'*électricité*, de l'*hydrothérapie* et des *eaux minérales*. Nous avons enfin, dans un court résumé, exposé les moyens propres à combattre les *asphyxies* et les *empoisonnements*.

Resté fidèle à notre titre, nous avons omis complétement la partie *historique* des maladies, et nous n'avons emprunté à l'*étiologie* et à l'*anatomie pathologique* que les connaissances qui ont un rapport direct avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies.

Nous rappelons aux étudiants que le cadre de ce livre ne nous permettait pas de *discussion*. Ils trou-

veront donc ici un *enseignement* purement *dogmatique*. Mais, qu'ils le sachent bien : nous avons fait pour eux le travail critique, et nous n'avons affirmé que les faits bien démontrés, laissant avec un point d'interrogation ceux qui ne sont pas encore suffisamment étudiés.

Dans un livre élémentaire, il faut rechercher avant tout la rigueur et la sobriété de l'expression. Nous avons tâché d'être fidèle à ce programme, et il y a telle affection dont la description ne tient qu'une page dans notre livre, et qui cependant résume plusieurs mémoires spéciaux.

Les rédacteurs de *l'Art médical* ont la pensée de publier une *nosographie complète;* mais cette œuvre colossale ne pouvant paraître que dans un temps éloigné, il nous a semblé opportun de publier ces *Éléments*. Ce livre aura une double utilité : il mettra un terme au plagiat organisé contre J.-P. Tessier et son École, et il donnera aux médecins de bonne volonté la facilité d'étudier et de pratiquer l'homœopathie sans passer par les aridités et les tâtonnements que nous avons été obligé de traverser. La littérature française homœopathique est en effet très-pauvre en livres élémentaires. Hartemann n'est plus à la hauteur de la science contemporaine, Jarh est un résumé de matières médicales plutôt qu'une nosographie ; quant aux petits *manuels* pour les gens du monde, ils seraient plutôt propres à dégoûter les médecins qu'à les

guider dans la pratique de l'homœopathie. Nous publions donc ces *Éléments* avec l'espérance qu'ils auront leur utilité, et nous terminons ce court préambule en priant le lecteur de rapporter à J.-P. Tessier ce qu'il trouvera de bon dans notre livre, gardant pour nous la responsabilité des nouveautés et des changements que nous avons fait subir à l'œuvre du maître.

P. Jousset.

Septembre 1867.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

PROLÉGOMÈNES

La médecine a pour but l'étude des *états morbides* et leur *guérison*.

La médecine est à la fois une *science* et un *art*. La partie purement scientifique est celle qui a trait à la connaissance des causes et à l'histoire naturelle des maladies; l'application de ces connaissances au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique constitue un art véritable. A proprement parler, la médecine est donc un science appliquée, une *science pratique*.

Un *état morbide* est, d'une manière générale, tout état contre nature de l'homme. Les anciens avaient divisé les états morbides en quatre classes : la *cause*, ou la maladie en puissance; la *maladie*, le *symptôme*, la *lésion*.

Cette distinction sert encore de base à la classification des connaissances médicales qui comprennent : l'*étiologie*, ou étude des causes; la *nosologie* et la *nosographie*, classi-

fication et histoire naturelle des maladies ; la *séméiotique*, étude des symptômes, et *anatomie pathalogique*, étude des lésions. En ajoutant la *thérapeutique*, la *pathologie générale* et l'*hygiène*, on a l'ensemble de toutes les connaissances médicales.

La *maladie* est un état contre nature de l'homme, caractérisé par un ensemble de symptômes et de lésions constituant un tout, ayant son évolution propre et distincte de tout autre état morbide.

Les *maladies* ne sont point des *êtres;* cependant nous disons qu'elles constituent des *espèces*, parce qu'elles se comportent comme si effectivement elles étaient des espèces : c'est-à-dire que les maladies sont identiques à elles-mêmes dans le *temps* et dans l'*espace* comme les espèces animales; ainsi la *pneumonie*, le *cancer*, sont ce qu'ils étaient du temps d'Hippocrate et se reconnaissent aux mêmes signes dans toutes les parties du monde.

Il résulte de cette première notion : premièrement que *les maladies ne se transforment pas les unes dans les autres*, qu'une pneumonie ne devient pas une fièvre typhoïde, par exemple; secondement, que, *le plus souvent, les maladies s'excluent les unes les autres*, et n'existent pas simultanément chez le même sujet, surtout quand elles sont d'espèces voisines.

Les *symptômes* et les *lésions* sont les troubles fonctionnels et les désordres organiques qui accompagnent les maladies.

Les symptômes et les lésions reçoivent de la maladie à laquelle ils appartiennent un caractère propre. Ce cachet spécial imprimé au symptôme permet de le transformer en signe et de remonter du symptôme à la maladie. C'est sur cette propriété du symptôme qu'est fondée la *séméiotique* et l'art du *diagnostic*. Exemple : les éruptions cutanées reçoivent des madadies dans lesquelles on les

observe un caractère spécial qui permet de diagnostiquer une rougeole, une scarlatine, une syphilis.

Les symptômes se divisent comme les fonctions, et les lésions comme les organes.

Les causes des maladies se divisent en deux catégories principales : la *cause interne*, qui est la véritable cause, celle sans laquelle la maladie ne pourrait pas être, et les *causes externes*. Ce sont toutes les circonstances qui favorisent le développement de la maladie.

La cause interne est la *prédisposition définie;* c'est la maladie en puissance, et, par comparaison, la maladie en germe.

Les autres causes font passer la maladie de l'*état de puissance* à l'*état d'acte*. Pour continuer la comparaison, elles font éclore le germe comme la chaleur et l'humidité font germer la graine; elles ne suffisent pas à engendrer la maladie, pas plus que la chaleur et l'humidité ne suffisent à faire naître du blé en l'absence d'une semence; mais elles ont une action plus ou moins considérable sur le développement de la maladie; quelques-unes même de ces causes sont absolumeut nécessaires pour que la prédisposition entre en acte; l'inoculation dans la syphilis, par exemple. Ces causes ont été subdivisées en *prédisposantes*, celles qui demandent un temps fort long pour agir : l'hérédité, les climats, le régime; *occasionnelles* et *déterminantes*, celles qui sont véritablement l'occasion et la circonstance déterminante du développement de la maladie, comme un refroidissement, un excès, etc.

Un certain nombre de maladies sont *transmissibles :* les unes par *contact* et *inoculation*, les autres par les émanations qui s'exhalent des malades ou de leur *excreta*, quelques-unes par tous ces modes réunis.

Un grand nombre de médecins regardent les *causes*

externes comme capables de produire les maladies. Le froid, le chaud et les autres circonstances analogues seraient les causes des maladies non contagieuses : pneumonie, pleurésie, rhumatisme, etc.; des *virus*, des *germes*, des *spores* répandus dans l'air, des *miasmes*, des *poisons morbides*, seraient la cause des maladies contagieuses, qu'on a encore appelées *spécifiques*. Ces dernières causes sont de *pures hypothèses*, et, comme elles sont indémontrables elles ne peuvent être conservées dans la science.

L'observation directe prouve que les *causes externes*, même les liquides inoculables comme celui de la syphilis et de la rage, sont incapables de produire la maladie par elles-mêmes, puisqu'il y a des organismes qui résistent complétement à l'inoculation. Quant aux autres causes externes, elles ne sont évidemment que des *occasions*. Si le froid, par exemple, agit sur une réunion d'hommes, il déterminera les maladies les plus diverses, et non une seule maladie comme si le froid était une cause réelle et véritable. Il faut donc que la maladie soit en puissance dans l'organisme pour que la *cause externe* puisse se développer.

La *thérapeutique* comprend l'étude des *médicaments* et l'étude des *indications*.

Les médicaments sont ou bien des substances minérales, végétales et animales, ou bien un ensemble de moyens constituant des médications, comme l'hydrothérapie, l'électricité et la chirurgie; — les *indications* sont des rapports de convenance établis entre un agent thérapeutique et un état morbide déterminé.

Les médicaments doivent être étudiés dans leurs propriétés physiques et chimiques, et surtout dans leurs effets sur l'homme sain; l'action sur les animaux peut servir à compléter cette étude : l'école homœopathique a institué sur une très-large échelle l'étude des médica-

ments sur l'homme sain, elle a constitué ainsi des *pathogénésies* qui composent la *matière médicale pure* ou *expérimentale*.

Les *indications* sont régies par deux lois : *contraria contrariis* et *similia similibus*.

Contraria contrariis est la loi des indications dans la thérapeutique ancienne; elle s'adresse à la cause prochaine de la maladie et elle a la prétention de détruire cette cause par son contraire, c'est une *thérapeutique étiologique;* elle a pour axiome : *Sublata causa, tollitur effectus.* Cette loi s'applique merveilleusement bien aux maladies de *cause interne*, c'est la *thérapeutique chirurgicale*. Une cause externe a ouvert un vaisseau, il y a hémorrhagie : vous supprimez l'ouverture à l'aide d'une ligature, l'hémorrhagie s'arrête; *sublata causa, tollitur effectus*. Une anse intestinale s'est échappée par le canal inguinal et s'étrangle : le taxis réduit l'intestin et les accidents cessent; *sublata causa, tollitur effectus*... Cette loi des contraires s'applique encore à un certain nombre d'*accidents* dans le cours des maladies de *cause interne :* la trachéotomie dans le croup, la thoracentèse dans la pleurésie, l'ouverture de l'abcès dans le phlegmon. Ces opérations suppriment la *cause* qui produit l'*accident* et s'appliquent en vertu du *contraria contrariis;* de même les *parasiticides* dans les maladies *parasitaires*, etc., etc.

Mais dans les maladies de *cause interne*, c'est-à-dire dans celles qui composent ce qu'on appelle en style barbare la *pathologie interne*, la loi des contraires ne peut plus s'appliquer parce que la cause prochaine n'a jamais pu être séparée de la maladie; elle nous échappe et nous sommes dans l'impossibilité de trouver son *contraire*. Les *galénistes*, pour échapper à cette difficulté et appliquer le *contraria contrariis*, attribuaient aux maladies des *causes*

hypothétiques et aux médicaments *des vertus* non moins *hypothétiques*.

Les maladies étaient causées par l'altération des quatre humeurs : sang, bile, atrabile et phlegme, et les médicaments évacuaient ou corrigeaient les humeurs peccantes. Toutes les théories humoristes reposent sur cette base; or la découverte de la circulation du sang et les progrès de la physiologie ont ruiné cette doctrine thérapeutique qui compte cependant encore un grand nombre de partisans plus ou moins inconscients.

Le *similia similibus* s'adresse aux symptômes et non à la cause; il peut donc s'appliquer en dehors de toute hypothèse. La matière médicale expérimentale donne la connaissance des symptômes produits par le médicament sur l'hommme sain; la nosographie expose les symptômes produits sur l'homme malade; la loi de similitude précise l'application du médicament, la thérapeutique homœopathique repose donc entièrement sur des bases positives et expérimentales.

Mais la matière médicale est encore fort incomplète et il y a des maladies qui résistent à l'action des médicaments connus employés suivant la loi de similitude. L'*empirisme* est alors la seule méthode applicable, c'est elle qui règle l'emploi de l'électricité, de l'hydrothérapie, des eaux minérales et des médications nouvelles, inconnues ou mal étudiées. C'est un pis aller qui tient encore malheureusement une place trop considérable en thérapeutique.

A la thérapeutique homœopathique se rattache une question toute particulière, celle de l'*action des doses infinitésimales*.

Hahnemann posa en principe, que les médicaments indiqués par la loi de similitude agissant dans le sens de la maladie, il fallait donner des doses extrêmement ré-

duites; puis se basant sur une idée systématique, il établit une échelle posologique à dose décroissante, dont chaque degré était fourni par la division par 100, c'est ce qu'on appelle les *dilutions centésimales*. La première dilution s'obtient en mélangeant intimement par le broiement pour les solides, par des succussions pour les liquides, 5 centigrammes de la substance médicamenteuse avec 5 grammes de sucre, de lait ou d'alcool. Dans cette première dilution le médicament est au 100e. Pour la seconde dilution on prend 5 centigrammes de la première dilution qu'on mélange à 5 grammes de sucre ou d'alcool; dans la seconde dilution le médicament est au 10,000e. La troisième dilution se fait de la même manière et le médicament est au millionième; on poursuit ainsi jusqu'à la 30e dilution dans laquelle le médicament atteint une division considérable.

Quelques homœopathes ont poussé les dilutions jusqu'à 100, 200, 500 et au delà. D'autres au contraire emploient de préférence les basses *dilutions décimales*, c'est-à-dire que la décroissance est marquée par une division par 10; ainsi dans la première dilution décimale le médicament est au 10e, dans la deuxième au 100e, dans la troisième au 1,000e, etc.

Pour les dilutions élevées on emploie le plus souvent des *globules*, ce sont de petits granules du sucre de lait gros comme des graines de choux et qui sont imbibés avec la dilution.

On a cherché à donner des règles fixes pour le choix des doses; mais cette question est bien loin d'être résolue. Suivant nous, les doses doivent varier avec les médicaments et avec les maladies; exemple : le sulfate de quinine agit mieux à dose massive dans la fièvre intermittente, il agit mieux en globules dans la surdité et les affections du cœur; le mercure agit mieux à dose

massive dans la syphilis, il agit mieux en dilution dans la dysentérie et l'angine. Dans la syphilis, si le mercure agit mieux à dose massive, l'acide nitrique agit mieux à la 30e dilution qu'en nature. Dans la fièvre intermittente où le sulfate de quinine agit mieux à dose massive qu'en globules, l'arsenic, la noix vomique agissent mieux en globules qu'à doses massives.

Nous serons donc obligé, à propos de chaque maladie, d'indiquer la dose qui nous semble la meilleure, seulement, pour éviter des répétitions inutiles, nous prévenons que là où nous n'indiquons pas la dose, c'est la 12e dilution en globules que nous conseillons. Nous donnerons une fois pour toutes le *mode habituel d'administration.*

Nous préparons nos potions avec 6 globules ou 3 gouttes de dilution, où 15 centigrammes de trituration pour 200 grammes (ou 12 cuillerées) d'eau. Dans les maladies aiguës, nous donnons 1 cuillerée toutes les deux ou trois heures suivant l'intensité des symptômes. Nous arrivons à toutes les quatre heures quand il y a du mieux. Pour les maladies chroniques nous donnons 2 ou 3 cuillerées par jour, et nous laissons, en général, entre chaque potion, autant de jours de repos qu'il y a de jours de médicaments. Il y a encore bien d'autres modes d'administrer, mais nous les indiquerons à propos de chaque cas particulier.

MALADIES CONSTITUTIONNELLES

On appelle ainsi une classe de maladies caractérisées par la multiplicité du siége et des lésions. Cette classe comprend la *goutte*, le *rhumatisme*, les *hémorrhoïdes*, les *scrofules*, la *syphilis* et la *dartre*.

Chacune de ces maladies est constituée par un grand nombre d'affections dont la description se retrouvera plus naturellement quand nous examinerons les maladies par organe. Nous ferons donc ici l'histoire générale de la maladie et de ses formes, de manière à montrer bien nettement la figure de chacune d'elles, et nous reviendrons plus tard sur les affections locales.

LA GOUTTE.

La goutte est une maladie constitutionnelle caractérisée par des congestions, des inflammations, des névroses à siége multiple, et principalement par la production de l'acide urique en excès. On peut ajouter à cette définition que c'est une maladie à marche chronique et périodique.

La goutte est une maladie très-commune. Ses caractères principaux, bien faciles à saisir, ont permis de l'isoler et de la constituer en *espèces* dès l'enfance de la médecine, où elle reçut le nom de *podagre*. C'est au moyen âge (1270) que Radulfe introduisit le nom de

goutte. Il a fallu l'action dissolvante de l'organicisme moderne pour réduire l'histoire de cette maladie à celle de l'*arthrite*, et amener la confusion de la goutte et du rhumatisme. J.-P. Tessier, en 1843, dans ses cours publics, et Gabalda, en 1848, dans sa thèse inaugurale, rétablirent la tradition sur ce point de nosologie, et aujourd'hui l'histoire de la goutte est entièrement reconstituée.

DIVISION.

La goutte se présente sous six formes bien distinctes : *forme commune, forme bénigne, forme chronique d'emblée, forme anomale, forme larvée, forme noueuse.*

Forme commune. Ainsi appelée parce que c'est la plus complète et celle qui sert de type pour la description de la maladie. Elle est caractérisée par la succession de trois périodes : *aiguë, chronique* et *cachectique*.

La goutte n'éclate guère que dans l'âge adulte; mais dès l'enfance on observe déjà chez les personnes prédisposées des gastralgies, des dyspepsies et des hémorrhagies nasales.

1re PÉRIODE. — *Aiguë*. Le premier accès se présente sous deux aspects différents, suivant qu'il est ou *mono* ou *polyarticulaire*. La première variété est celle dont Sydenham nous a laissé une description devenue classique. Seulement on a trop oublié que cette description n'était qu'une observation d'un cas particulier présenté avec un certain pittoresque.

Le premier accès de goutte est habituellement précédé d'anorexie, de dyspepsie, de troubles du sommeil, avec un sentiment de courbature, des sueurs faciles et des urines très-sédimenteuses; un prodrome plus caractéristique, et l'existence d'une petite douleur dans le gros orteil, douleur que le malade attribue habituellement à une chaussure trop étroite, ou à un faux pas. Presque

toujours l'accès débute au milieu de la nuit, le malade s'est couché bien portant, et vers les deux heures du matin, au chant du coq, dit Sydenham, il est réveillé par une douleur intense dans le gros orteil. Cette douleur, qui acquiert rapidement son plus haut degré d'intensité, reste presque constamment limitée à l'articulation métatarso-phalangienne : elle est brûlante et térébrante : les malades s'agitent, poussent des plaintes et de véritables cris; il compare la douleur à celle qui serait produite par la pression d'un étau, ou la dislocation de la jointure malade; le moindre attouchement, le mouvement, même celui communiqué à la maison par l'ébranlement que causent les grosses voitures, aggravent considérablement la douleur. La peau qui recouvre l'articulation malade commence à rougir et à enfler dès le début des douleurs.

Cet état local s'accompagne d'une grande anxiété et d'un véritable mouvement fébrile, marqués au début par un froid avec tremblement partant de la partie malade, auquel succède rapidement une chaleur brûlante avec pouls grand et fréquent, une soif intense et des urines très-sédimenteuses. Vers le matin il y a une rémission très-marquée, la fièvre tombe, la douleur diminue considérablement, mais la jointure reste rouge et gonflée.

Vers le soir, la fièvre et la douleur reparaissent le plus souvent, mais c'est toujours vers le milieu de la nuit que la douleur devient plus intense, et que l'accès atteint son *summum*.

Les accès se répètent ainsi pendant plusieurs jours, mais vont chaque fois en diminuant, et l'attaque de goutte se termine habituellement le quatrième jour. La rougeur et le gonflement disparaissent; il survient une véritable desquamation accompagnée de démangeaison; l'appétit revient, la fièvre tombe complétement, et les urines sont chargées d'une grande quantité d'acide urique.

La *douleur* de l'accès de goutte est une des plus atroces que l'homme puisse souffrir. La *rougeur* est éclatante, mal circonscrite, la peau semble amincie; la *tuméfaction* est habituellement œdémateuse et s'accompagne du gonflement des veines; la fièvre affecte un type quotidien, puis tierce, avec sueurs à la fin de l'accès. D'après un relevé de Scudamore, portant sur 108 observations, 105 fois la goutte a débuté sur de petites jointures, et 80 fois sur le gros orteil.

Telle est la description classique du premier accès de goutte; mais il faut savoir que la maladie présente quelquefois un autre début qui la fait ressembler grossièrement au rhumatisme articulaire aigu.

Ce début se compose d'attaques successives composées elles-mêmes d'accès analogues à celui que nous venons de décrire, et occupant successivement plusieurs articulations; après le gros orteil, le genou, ou le poignet, ou l'épaule, ou les articulations des doigts. Ces attaques, qui chacune se prolongent de quatre à huit jours, se succèdent sans interruption complète, et donnent à la première manifestation de la maladie une durée qui varie de six semaines à trois mois.

2e PÉRIODE. — *Goutte habituelle.* Les attaques de goutte, qui, au début de la maladie, étaient séparées les unes des autres par des intervalles très-longs, se rapprochent de plus en plus, en même temps qu'elles deviennent plus longues et moins intenses. Après quelques années de maladies, les arthrites goutteuses deviennent persistantes, avec des aggravations irrégulières qui rappellent encore les accès primitifs. A ce moment les articulations se déforment, les *tophus* se produisent et ne disparaissent plus complétement. Les mouvements deviennent de plus en plus limités dans les articulations entreprises; des dépôts

de matières calcaires se produisent au bout des doigts, à la paume de la main, aux bords des oreilles et aux paupières. Ces dépôts peuvent s'ulcérer, et dans ce cas ils versent au dehors une bouillie blanche, une espèce de chaux demi-liquide. En même temps apparaissent des affections viscérales plus ou moins multipliées : la dyspepsie, les hémorrhoïdes, l'hypochondrie, les coliques néphrétiques, l'asthme, les catarrhes pulmonaires, la cardo-aortite, les névralgies, les affections cutanées et oculaires. Ces affections acquièrent rarement dans cette période un haut degré d'intensité; la vie végétative est encore florissante, et les malades plus ou moins impotents, tourmentés par les douleurs articulaires et par les souffrances qui accompagnent les affections goutteuses, n'en conservent pas moins un embonpoint notable et les apparences de la santé. Cette période se prolonge habituellement beaucoup; elle peut se terminer par la mort, soit à l'occasion du développement d'une des affections viscérales, soit par une métastase, mais le plus souvent la maladie arrive à la période de cachexie.

3e PÉRIODE. — *Cachexie*. Cette période s'annonce par un amaigrissement qui marche très-lentement, mais qui ne s'arrête plus; en même temps la dyspnée devient continuelle : il survient des vomissements fréquents et des diarrhées prolongées. A ce moment une des nombreuses affections chroniques que nous avons signalées dans la période précédente prend un développement considérable, et la santé générale est de plus en plus compromise; assez souvent il se développe une albuminurie, bientôt accompagnée d'hydropisie qui aggrave considérablement l'état du malade.

C'est principalement dans cette période qu'apparaissent les *métastases* goutteuses. Ces *métastases*, dont l'école

positiviste se fait un monstre, sont, malgré tout, des faits d'observation. La métastase goutteuse n'est du reste qu'une perturbation dans la marche habituelle de la maladie; perturbation caractérisée par la diminution ou même la disparition de l'arthrite, pendant que se développe une affection viscérale grave : pneumonie, pleurésie, catarrhe suffocant, apoplexie, méningite, cardialgie, flux cholériforme, endocardite, syncopes mortelles. Ces métastases se produisent habituellement à propos d'une émotion, d'un excès ou d'un traitement perturbateur. La métastase est essentiellement un *accident*, un état aigu, mortel ou guérissable. Quand la guérison a lieu, l'arthrite se reproduit pendant que l'affection viscérale disparaît.

Dans la période cachectique, la mort peut encore arriver par épuisement; mais le plus souvent elle est due soit à une complication, soit au développement d'une des affections déjà indiquées.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par des attaques d'arthrite, à longs intervalles, beaucoup moins intenses que les arthrites de la forme précédente, et n'ayant pas de tendance à se rapprocher.

Dans l'intervalle des attaques, les malades présentent quelques affections goutteuses peu graves : migraine, hypochondrie, hémorrhoïdes, gastralgie, dyspepsie, névralgie, etc., etc. Mais, en somme, la santé se conserve et on ne voit jamais apparaître ni la goutte habituelle, ni la période cachectique.

Cette forme de la goutte, qui quelquefois ne présente que des rudiments de la maladie, survient habituellement dans un âge assez avancé, et comme un dernier retentissement d'une influence héréditaire.

Forme chronique d'emblée (asthénique froide des auteurs.) Cette forme, dont la distinction est d'une impor-

tance capitale, est caractérisée par des arthrites persistantes, avec *accès paroxystiques* survenant à intervalles irréguliers; ces accès ne sont jamais aussi douloureux que dans la forme commune; la période cachectique est plus tardive, et les affections viscérales moins graves. Cette forme, habituellement confondue avec la deuxième période de la forme commune, s'en distingue par les caractères que nous venons d'énumérer, mais principalement parce qu'on n'observe pas à son début d'attaques aiguës et isolées.

C'est surtout la goutte des femmes : elle apparaît habituellement à la suite d'un accouchement ou à l'âge critique; elle débute par des douleurs dans les genoux et les épaules; ces douleurs se manifestent à l'occasion du mouvement ou la nuit, à la chaleur du lit, elles ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de gonflement. Les articulations s'ankylosent très-tardivement, et le mouvement n'est guère entravé que par la douleur. Cependant les petites articulations se prennent plus tôt ou plus tard; et, après quelques années, il se produit de petits tophus. La nutrition se conserve intacte pendant de longues années. Cependant, si les affections de l'estomac prennent un trop grand développement, l'amaigrissement et même la cachexie peuvent se produire; les métastases sont ici plus rares que dans la forme commune.

Forme anomale (irrégulière, maligne). Elle est confondue à tort par Trousseau avec la *forme larvée*. La forme anomale est caractérisée par l'irrégularité et le peu d'intensité de l'affection articulaire, la prédominance et la gravité des affections viscérales. Cette forme est extrêmement grave et elle a un caractère de malignité tout particulier, quelquefois l'arthrite précède l'affection viscérale, d'autres fois, elle suit; toujours, au moins dans les premiers temps, il y a une sorte d'alternance entre

les deux. Vers la fin de la maladie, l'arthrite ne modifie plus l'affection viscérale.

Les principales affections sont : la migraine, les vertiges, l'épilepsie, l'hémorrhagie cérébrale, les ramollissements par oblitération artérielle, les névralgies, peut-être l'ataxie locomotrice, l'asthme et le catarrhe, l'angine de poitrine, la cardo-aortite, la dyspepsie, les calculs biliaires et néphrétiques, les dartres, le diabète, l'ophthalmie goutteuse, l'uréthrite, les affections utérines. Toutes ces affections ont des caractères communs qui permettent d'affirmer qu'elles sont de nature goutteuse; voici quels sont ces caractères : la marche de ces affections est périodique, elles alternent entre elles, elles alternent avec l'arthrite, elles s'accompagnent de dyspepsie et d'un excès d'acide urique. La plupart d'entre elles se terminent par une mort subite, ce qui constitue l'extrême gravité de la forme anomale.

Forme larvée. Elle est caractérisée par des affections viscérales sans affection arthritique, c'est le pendant de la variole sans éruption. Cette forme est niée par les écoles modernes; cependant il nous semble impossible de contester la nature goutteuse de ces affections, si l'on considère que ce sont les mêmes que celles qui accompagnent la forme anomale, qu'elles offrent les mêmes caractères de périodicité et d'alternance, qu'elles s'accompagnent de dyspepsie, d'hémorrhoïdes ou d'hypochondrie, que les lésions sont constituées principalement par un excès d'acide urique, concrétions artérielles d'urates, etc.; qu'enfin l'influence d'une goutte héréditaire est incontestable dans le développement de ces affections. Nous appelons cette forme de la goutte, larvée; parce que l'affection arthritique manquant, la nature de la maladie est pour ainsi dire cachée.

Goutte noueuse. Cette forme est rapportée au rhuma-

tisme par Trousseau et par les auteurs contemporains. On la trouve décrite par les anciens sous le nom de goutte atonique, goutte froide, chronique, etc. Cette forme est caractérisée par une déformation particulière des articulations et par leur ankylose successive. Cette forme débute par les grandes articulations, les poignets, les épaules, les genoux; elles sont toutes prises successivement, et comme chaque arthrite se termine après un temps assez long par une ankylose, les malades finissent par se souder et deviennent complétement impotents. La douleur est moindre que dans la forme commune et ne s'accompagne pas de réaction fébrile. Les articulations se déforment; autour des grandes articulations il se produit des espèces de tophus qui ne durcissent jamais; pour les petites articulations, la déformation est constituée par la tuméfaction des têtes osseuses et par le dépôt d'ostéophites. Ces arthrites s'accompagnent de migraine, d'hypochondrie, d'hémorrhoïdes et des affections goutteuses accoutumées. Les malades, complétement impotents, finissent par tomber dans la cachexie, avec dyspepsie, diarrhée, amaigrissement, rétraction musculaire, etc., etc.

La marche de cette forme est excessivement lente; elle présente des exacerbations et des rémissions marquées, elle est plus fréquente chez les femmes.

Anatomie pathologique. — La lésion caractéristique de la goutte est l'excès d'acide urique pendant la vie. Cet excès se constate dans les urines et dans le sang. L'acide urique chez l'homme sain est de 0,2 à 0,6 pour 1,000 grammes d'urines, dans la goutte cette proportion s'élève à 1,730. Après la mort on trouve des dépôts d'urate de chaux et de soude dans plusieurs viscères, et en particulier, dans les articulations, dans la peau, dans

les artères, dans les tubes urinifères et dans les produits des inflammations goutteuses. Dans les articulations, les dépôts d'urates existent aussi bien en dedans de la synoviale qu'au dehors où ils constituent des tophus. Ces tophus se composent de matières animales, d'acide urique, d'urate de soude et de chaux, de chlorure de sodium. Les phosphates se trouvent unis aux urates pour constituer les concrétions calcaires des artères chez les goutteux. Le siége anatomique de ces dépôts est dans les cellules cartilagineuses elle-mêmes, dans les franges synoviales et dans les tissus fibreux qui doublent la synoviale.

Étiologie. — La goutte est une maladie héréditaire; on a dit qu'elle était plus fréquente chez l'homme, parce qu'on a eu égard seulement à la *forme commune* de la maladie; les autres formes sont très-fréquentes chez la femme. Les accès de goutte n'apparaissent guère qu'après la puberté; *puer podagra non laborat ante veneris usum*, ils sont fréquents surtout après l'âge de 35 ans; mais cependant on peut reconnaître la maladie dès l'enfance par les migraines, les dyspepsies, les affections cutanées et une disposition organique, un tempérament particulier caractérisé surtout par l'énergie de toutes les fonctions.

La bonne chère, l'oisiveté, l'abus des plaisirs vénériens (*eunuchi podagra non laborant*), les travaux de cabinets, l'excitation intellectuelle, sont les causes occasionnelles de la goutte; aussi est-ce la maladie des riches. Cependant remarquons que cette étiologie s'applique principalement à la forme commune et que les autres formes se rencontrent assez fréquemment dans les classes pauvres. C'est dans le Nord et dans la zone tempérée que la goutte s'observe principalement.

Les attaques sont surtout fréquentes en hiver; des

excès, une émotion morale, un refroidissement, sont les occasions ordinaires des attaques.

Traitement. — L'aggravation fréquente des affections viscérales après la disparition des arthrites goutteuses, est un fait d'observation qni a produit, chez beaucoup de médecins, l'opinion qu'on ne devait pas guérir la goutte externe. Il est très-certain qu'on devra s'abstenir de traiter les attaques de goutte par des moyens perturbateurs, et je ne parle pas seulement ici des répercussifs appliqués sur l'articulation malade; mais encore des émissions sanguines, des purgatifs répétés et même de l'hydrothérapie. On devra s'efforcer de traiter surtout la maladie plutôt que l'affection externe.

Traitement de la forme commune. 1re *période.* — *Pendant l'attaque,* quatre médicaments principaux sont indiqués : *bryonia, china, arnica* et *sabina. China* est indiquée par le mouvement fébrile intermittent, par une douleur avec gonflement des orteils; douleur aggravée par le *toucher* et par le mouvement; douleur reparaissant surtout le soir et la nuit. Les autres symptômes de *china* ayant rapport à la goutte sont : anorexie alternant avec la boulimie; une dyspepsie flatulente des plus caractérisées; la flatulence intestinale; les hémorrhoïdes, les urines rouges, cuisantes, avec dépôt briqueté; asthme avec expiration difficile et sifflante; les palpitations avec anxiété; froid de pied sensible.

Sabina est le médicament qui correspond le mieux à l'arthrite goutteuse : *gonflement rouge et luisant du gros orteil,* avec douleur atroce qui s'aggrave au moindre contact et au plus petit mouvement; pesanteur du pied malade; mouvement fébrile quotidien avec aggravation le soir.

Arnica se rapporte plus à l'affection articulaire qu'à la

maladie : gonflement luisant et douleur de luxation dans le gros orteil.

Bryonia se rapporte davantage aux arthrites multiples du rhumatisme. Cependant j'ai guéri des attaques de goutte avec ce médicament. Le plus souvent il conviendra d'alterner *china* et *sabina* à la troisième ou à la sixième dilution toutes les trois heures.

Mais c'est surtout dans l'intervalle des attaques qu'il serait opportun de traiter la goutte, afin d'empêcher ou d'éloigner le retour des attaques. Malheureusement la thérapeutique ancienne ne nous fournit que des moyens douteux et empiriques, et l'homœopathie ne possède pas encore d'observations cliniques suffisantes pour nous guider sur ce point. Cependant je dois signaler le *kali carbonicum,* qui contient dans sa pathogénésie : caractère violent avec emportement ; migraine avec nausées ; anorexie et boulimie ; flatulence ; hémorrhoïdes ; urines rouges, cuisantes, briquetées ; douleurs déchirantes dans les petites articulations et dans le gros orteil. *Lycopodium, sulfur, calcarea, kali hydriodicum,* pourraient aussi être consultés. C'est aussi pendant l'intervalle des attaques que les eaux minérales doivent être prescrites.

2e *période ou goutte habituelle.* — Pendant les aggravations, *china* et *sabina* peuvent encore être indiquées ; mais, en dehors des paroxysmes, nous signalerons : *sulfur, rhododendron* et *lycopodium. Sulfur* est indiqué par un caractère violent ; l'anorexie et en particulier le dégoût de la viande, la flatulence, la dyspnée avec le besoin de faire de profondes inspirations ; les urines chargées d'acide urique ; les tophus et les craquements articulaires ; les affections du gros orteil.

Lycopodium est indiqué par les tophus, les douleurs nocturnes améliorées par la chaleur, les rétractions mus-

culaires, la gravelle, les hématuries, les accès d'arthrite, la goutte aux mains.

Rhododendron : tophus, affaiblissement paralytique des membres ; aggravation le matin, par les temps humides et au repos.

Aurum, salsaparilla, kalihydriodicum, sont encore indiqués.

Cachexie. Indépendamment des médicaments précédents, *arsenicum* serait indiqué, dans la cachexie, par la diarrhée, les hydropisies, l'albuminurie et tous les désordres de la vie végétative.

Métastases. Dans les cas de métastases goutteuses, il faut prescrire les médicaments indiqués pour l'affection viscérale. *Opium, belladona* et *arnica,* par exemple, pour les affections cérébrales ; *digitalis, arsenicum, colchicum,* pour les affections du cœur, etc. Mais il faut se rappeler que le retour de l'affection articulaire fait toujours disparaître la métastase ; on ne doit donc pas négliger les moyens qui peuvent rappeler l'arthrite. Les applications irritantes externes, les sinapismes, par exemple, remplissent cette indication.

Le traitement de la *forme bénigne* est le traitement de l'attaque ; nous n'y reviendrons pas. Dans la *forme chronique d'emblée,* on aura recours au traitement de la seconde période de la forme commune.

Enfin, dans les *formes anomale* et *larvée,* l'affection viscérale réclamera un traitement spécial, en se rappelant toutefois que les médicaments qui contiennent dans leur pathogénésie un excès d'acide urique seront plus particulièrement indiqués.

La *goutte noueuse* demande plus particulièrement *iodium, arsenicum* et *aurum ;* mais le traitement de cette forme est encore très-peu avancé. Les allopathes signa-

lent la teinture d'iode et les bains arsenicaux comme particulièrement efficaces dans cette forme.

Les eaux minérales jouent un trop grand rôle dans le traitement de la goutte pour que nous n'en disions pas un mot.

Vichy convient dans les formes communes ; mais seulement à la première période. La dyspepsie, la gravelle, les calculs biliaires, indiquent plus particulièrement Vichy. Les contre-indications sont : une attaque imminente, une tendance aux congestions cérébrales, une affection de cœur. Les eaux de Vichy, employées trop tardivement, précipitent le malade dans la cachexie.

Carlsbad convient à la forme commune pendant la première et même la deuxième période. Ces eaux sont indiquées par l'affection hémorrhoïdaire, la flatulence, les vertiges, les tophus. Elles sont moins débilitantes que Vichy ; je leur dois de beaux succès.

Wiesbaden et *Hambourg* sont indiquées pour la cachexie commençante, les tophus, les ankyloses. Ces eaux sont reconstituantes.

Néris convient dans la deuxième période de la forme commune. dans la goutte chronique d'emblée, principalement chez les malades nerveux et impressionnables.

Tœplitz, avant la cachexie, ankyloses et déformations articulaires.

Aix en Savoie et *Aix-la-Chapelle* sont indiquées dans la goutte chronique d'emblée et dans la goutte noueuse ; les affections cutanées inclineront, dans les cas douteux, pour le choix d'une eau sulfureuse. Les eaux salines de Hombourg, Wiesbaden et Aix en Savoie, conviennent dans la goutte anomale et dans la goutte larvée. J'ai obtenu de beaux résultats des eaux d'Aix, dans la goutte larvée avec ophthalmie goutteuse grave.

Mais avant le traitement pharmaceutique, le médecin

instituera en première ligne le traitement hygiénique. qu'il déduira facilement de ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie.

LE RHUMATISME.

Sous ce nom les auteurs confondent encore aujourd'hui bien des affections différentes. Ils appellent rhumatisme une classe de maladies caractérisées par la douleur, la mobilité des affections et leur aggravation sous l'influence du froid humide. Cette classe artificielle qui comprend le rhumatisme articulaire aigu, la goutte noueuse, les arthrites blennorrhagique, scarlatineuse, puerpérale, etc., les myalgies symptomatiques de la goutte et de l'hystérie, rappelle la classe des maladies scorbutiques du siècle dernier et ne peut plus être conservé en nosologie. Aussi, nous ne décrirons sous le nom de rhumatisme qu'une maladie essentielle.

Définition. — Caractérisée par l'inflammation résolutive des membranes séreuses, inflammation habituellement multiple, mobile et ayant pour siége plus particulier les articulations et le cœur, cette maladie est habituellement désignée sous le nom de rhumatisme articulaire aigu, nom que nous conserverons.

Le rhumatisme articulaire aigu présente trois formes à étudier : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme fixe* ou mono-articulaire.

Forme commune. Elle est caractérisée par une durée de 2 à 6 septénaires, par sa tendance à l'envahissement des séreuses viscérales, et aux métastases.

Début. Tantôt le rhumatisme est précédé de prodromes, malaise, sentiment de froid, arthrodynique; d'autres fois il débute brusquement par un frisson et un mouvement fébrile bien accentué, accompagné ou suivi, au bout de quelques heures, d'une ou plusieurs arthrites.

La fièvre, caractérisée par une chaleur intense avec tendance à la sueur, ou même sueurs profuses, pouls grand et fort, va en augmentant jusque vers le quatrième jour; les articulations prises, les genoux, les épaules, les hanches, sont le siége de douleurs qui vont croissant avec le mouvement fébrile; elles se tuméfient, non pas par un œdème comme dans la goutte, mais par un épanchement dans la capsule synoviale. La peau prend une couleur rose pâle, bien différente de la rougeur goutteuse; le toucher, mais surtout le mouvement, exaspère la douleur, aussi le malade reste-t-il immobile dans le décubitus dorsal, les membres dans l'extension, le facies rouge, vultueux, le corps couvert de sueurs; la langue saburrale; les urines troubles et acides. Quand l'épanchement est trop considérable dans les genoux, il en résulte une demi-flexion des jambes.

Après avoir augmenté habituellement pendant quatre jours, le mouvement fébrile décroît un peu, les arthrites se résolvent; mais cette période décroissante est de courte durée, la fièvre reprend une grande intensité et de nouvelles jointures sont envahies. La maladie marche ainsi par accès successif, et atteint quelquefois plusieurs fois toutes les articulations, même les petites. C'est cette succession d'affections qui explique la longue durée de la maladie; enfin les accès deviennent moins intenses, le mouvement fébrile disparaît complétement, il ne reste plus que quelques douleurs sourdes qui persistent plus ou moins longtemps.

Complications. — L'inflammation rhumatismale a, dans la forme commune, une tendance naturelle à envahir les séreuses viscérales. De là des péricardites, des endocardites, des pleurésies, des péritonites et des arachnitis. Ces complications sont annoncées par la douleur, les troubles fonctionnels et l'augmentation considérable du mouvement fébrile. L'endocardite et la péricardite sont beaucoup plus fréquentes que les autres affections viscérales ; elles sont le plus souvent peu intenses, mais acquièrent, d'autres fois, une gravité considérable et se terminent soit par la mort du malade, soit par le développement d'une affection organique du cœur.

Métastases. Elles sont constituées par des inflammations sur les séreuses viscérales. Ces inflammations débutent brusquement et acquièrent très-promptement un haut degré de gravité ; elles s'accompagnent de la disparition plus ou moins complète des affections articulaires. Indépendamment des inflammations des membranes séreuses signalées au chapitre des complications, on observe très-souvent, comme métastase rhumatismale, une arachnitis avec extension de l'inflammation à la pie-mère et à la couche corticale du cerveau. Ce *rhumatisme cérébral*, comme on l'appelle aujourd'hui, revêt deux formes : la forme méningitique et la forme apoplectique. Dans la première, le malade est pris de céphalalgie intense, avec délire et hallucination, remplacés très-promptement par la somnolence et le coma ; la forme apoplectique débute d'emblée par le coma ; l'une et l'autre sont rapidement mortelles.

Quand le rhumatisme se termine par la guérison, on voit souvent persister pendant longtemps des douleurs articulaires, avec roideur et demi-ankylose. Sous l'influence d'un refroidissement, ces affections reprennent un peu d'acuité. Cette période, qui constitue la *période*

chronique du rhumatisme, se continue quelquefois pendant six mois ou un an.

Les *rechutes* et les *récidives* sont très-fréquentes dans cette forme.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par un mouvement fébrile peu intense ou nul; par une durée qui s'étend d'un demi-septénaire à un septénaire et demi; par l'absence des complications et la rareté des métastases.

Cette forme ressemble à un *accès* de la forme précédente; seulement les symptômes sont moins intenses, la fièvre n'apparaît guère que le soir ou la nuit, il y a un petit nombre de jointures atteintes par la maladie.

Forme fixe ou mono-articulaire. Elle est caractérisée par la localisation du rhumatisme sur une seule articulation; le mouvement fébrile est fort intense dans cette forme, et l'arthrite est extrêmement violente; douleur atroce, même dans l'immobilité absolue: gonflement énorme et rougeur plus marquée que dans la forme commune.

Dans quelques cas où le rhumatisme mono-articulaire avait été pris pour une arthrite simple et où une ponction exploratrice avait été pratiquée, on a retiré une grande quantité de synovie de la jointure malade.

Cette forme est sujette à des métastases fort graves; elle se termine souvent par un état chronique de l'articulation difficile à guérir. Peut-on considérer le rhumatisme mono-articulaire comme une condition de la production de l'hydarthrose et d'une tumeur blanche non scrofuleuse? La solution de ces deux questions demande des études cliniques nouvelles.

Anatomie pathologique. — A l'état aigu, l'inflammation rhumatismale des jointures est caractérisée par une

synovie gluante, épaisse et jaunâtre; d'autres fois, par un épanchement séro-sanguinolent avec des flocons pseudo-membraneux, l'injection des franges synoviales et des tissus synoviaux.

Dans la période chronique, on trouve les cartilages altérés, détruits par place sous forme d'ulcération arrondie, avec injection du tissu osseux sous-cartilagineux. Quand la mort a lieu par métastase, les articulations ne présentent que des traces d'inflammation. Les arthrites rhumatismales ne suppurent jamais. Cette erreur de Bouillaud tient à la confusion du rhumatisme avec la diathèse purulente.

Le *sang* des rhumatisants est extrêmement couenneux : la fibrine est dans une proportion de 4 à 10.

Les *urines* sont acides et contiennent des urates en poudre amorphe avec quelques rares cristaux d'acide urique, tandis que dans la goutte, en l'absence du mouvement fébrile, le sédiment se compose exclusivement d'acide urique cristallisé.

Étiologie. — Cette maladie sévit surtout de 15 à 30 ans. Elle n'apparaît jamais avant 7 ans (Rilliet et Barthez), et, au contraire de la goutte, elle disparaît presque complétement après la quarantième année. Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes dans une proportion de 10 à 7.

Le rhumatisme règne surtout dans la *saison* froide et humide; il est beaucoup plus fréquent dans certaines *localités*, à Paris, par exemple. Pendant huit ans d'exercice à Charroux, petite ville de la Vienne, et dans une très-nombreuse clientèle, je n'ai observé qu'un seul cas de rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme est la maladie des *pauvres*, des *ou-*

vriers, et, en particulier, des blanchisseuses, des cochers, des commissionnaires.

L'influence de l'*hérédité* n'est pas démontrée dans cette maladie.

Le *froid humide* est la cause occasionnelle qui est admise le plus généralement; cependant la maladie peut se développer en l'absence de cette cause et par la seule action de la prédisposition. Bouillaud cite un cas de rhumatisme développé dans ses salles chez un malade alité.

Traitement. — *Aconitum*, *bryonia*, *chininum sulfuricum*, *colchicum*, *mercurius*, *pulsatilla*, *viola odorata*, sont les principaux médicaments du rhumatisme.

Aconitum, *bryonia* et *mercurius* conviennent tous les trois à un mouvement fébrile, intense, avec gonflement et rougeur de plusieurs articulations. *Aconitum* est indiqué plus spécialement par : mouvement fébrile intense, pouls grand et fort, soif, rougeur de la face; anxiété et crainte de la mort; arthrite des grandes jointures, principalement des membres inférieurs, avec gonflement rouge luisant; affection cardiaque concomitante.

Bryonia convient davantage aux arthrites qu'à la fièvre; arthrites de toutes les jointures, grandes et petites; gonflement pâle ou rouge; aggravation par le moindre mouvement et par l'attouchement le plus léger.

Mercurius est principalement indiqué par les sueurs profuses qui ne soulagent pas et par les aggravations nocturnes.

Colchicum convient surtout quand l'arthrite est sans gonflemeut ou que le gonflement a été enlevé par *bryogonia*.

Chininum sulfuricum, médicament peut-être plus efficace à dose massive, mais assurément très-dangereux; il convient quand le mouvement fébrile est tombé ou lors-

qu'il persiste encore sous forme rémittente ou quand les douleurs reviennent suivant des paroxysmes réguliers.

Pulsatilla convient quand il y a une grande mobilité des affections rhumatismales.

Viola odorata a été vantée par certains médecins. Ce médicament semble convenir dans la forme commune, surtout chez les personnes nerveuses.

Sulfur et *calcarea* sont indiqués dans la période chronique.

Les *complications* et les *métastases* demandent le traitement des affections particulières qui les constituent; seulement il ne faut pas oublier que dans les métastases on doit s'efforcer de rappeler l'affection articulaire.

Dans la forme *mono-articulaire*, après *aconitum*, indiqué par la fièvre intense, on cherchera le médicament qui convient le mieux à l'articulation atteinte. *Bryonia* pour l'épaule ou la hanche; *causticum* pour le coude ou le poignet; *china* pour le genou, en ayant aussi égard à la nature de la douleur, du gonflement et de la rougeur.

Il faut joindre à ce traitement l'usage des tisanes abondantes; la diète absolue pendant le mouvement fébrile, et les plus grandes précautions pour garantir le malade de toutes les causes de refroidissement.

MALADIE HÉMORRHOÏDAIRE.

C'est une maladie caractérisée par une affection anale et par des affections viscérales diverses : phlegmasies, congestions, névroses, mais surtout par des hémorrhagies. Jusqu'à Galien, le mot *hémorrhoïde* est resté synonyme d'*hémorrhagie*. C'est à Stahl que nous devons la connais-

sance des rapports qui existent entre les affections viscérales et les affections anales, et par conséquent la constitution de la maladie hémorrhoïdaire. Les organiciens modernes ont complétement perdu cette tradition; ils réduisent toute l'histoire des hémorrhoïdes à l'affection anale. Il est facile de reprendre la question au point où l'avait conduit l'école de Stahl, mais il reste toujours une grande difficulté, c'est celle de séparer nettement la maladie hémorrhoïdaire et la goutte, parce que les deux maladies ont des affections viscérales analogues et que l'affection anale se rencontre souvent dans la goutte.

Les hémorrhoïdes locales peuvent donc constituer une affection symptomatique de la goutte. On les observe encore à titre d'affection symptomatique dans la cirrhose, dans la grossesse, et dans la plupart des tumeurs de l'abdomen.

Division.— La maladie hémorrhoïdaire présente quatre formes : *forme bénigne, forme commune, forme anomale, forme larvée.*

Forme commune. Elle présente dans sa variété la plus grave l'évolution complète de la maladie; elle est constituée par un ensemble d'affections viscérales reliées à une affection anale. La marche de la maladie peut être divisée en trois phases : hémorrhoïdes périodiques, hémorrhoïdes habituelles et cachexie hémorrhoïdaire.

1re période. — *Hémorrhoïdes périodiques.* A ce moment de la maladie, on observe des attaques périodiques très-violentes de l'affection anale et très-peu d'affection viscérale.

L'attaque présente l'apparence d'une petite maladie; ses prodromes, fort bien étudiés, sont : douleur et prurit à la région anale, avec constipation, céphalalgie occipitale, épistaxis, lumbago avec plénitude douloureuse dans les

flancs, flatulence stomacale et intestinale; somnolence diurne et sommeil troublé la nuit; mauvaise humeur, irascibilité, hypochondrie; enfin immédiatement avant l'apparition de l'affection anale, mouvement fébrile quelquefois précédé de frisson; pouls dur et concentré. A ce moment la douleur anale devient vive et brûlante, une ou plusieurs tumeurs apparaissent et sont suivies d'un écoulement de sang qui sert de crise à l'attaque.

La durée de l'attaque est de quatre à sept jours, la douleur et l'écoulement de sang cessent peu à peu; les tumeurs se flétrissent ou disparaissent, et l'attaque se termine par la disparition de toutes les souffrances qui l'ont précédée.

Un mouvement fébrile plus ou moins prononcé peut persister pendant toute la durée de l'attaque; la diarrhée remplace souvent la constipation pendant cette période.

La *tumeur hémorrhoïdale* est une ou multiple, elle peut manquer complétement; elle est interne, c'est-à-dire qu'elle est située au-dessus du sphincter, ou externe. Son volume ordinaire est celui d'une noisette ou d'une petite noix, elle peut acquérir celui de la tête d'un fœtus à terme; elle est rouge, violette, noire.

Le *flux de sang*, d'une abondance très-variable, a lieu habituellement pendant la défécation; le sang est rouge ou noir, il s'échappe en bavant, par jet ou en caillot.

La *douleur hémorrhoïdaire* est brûlante, lancinante, souvent intolérable; d'autres fois c'est une pesanteur avec fausse envie d'aller à la selle; souvent cette douleur se prolonge à la vessie et produit le ténesme vésical.

La maladie peut persister pendant des années à cette période; les attaques revenant à des intervalles réguliers ou irréguliers. Entre les attaques, les malades sont sujets à l'hypochondrie, aux vertiges, à la céphalalgie,

aux douleurs vagues dans les muscles et à une alternative de constipation et de diarrhée.

2e PÉRIODE. — *Hémorrhoïdes habituelles.* L'affection locale devient persistante avec des paroxysmes irréguliers, pendant lesquels on voit reparaître les douleurs vives et les flux de sang abondants. Dans l'intervalle de ces paroxysmes, les tumeurs persistent, tantôt flétries, tantôt gonflées sous forme de *crêtes*, de *marisques*, de *fics*, elles s'accompagnent souvent d'un suintement muqueux (*hémorrhoïde blanche*) qui peut devenir très-abondant. Des accidents locaux et des affections viscérales graves se développent pendant cette période. Nous allons les décrire successivement.

Accidents locaux. Ce sont des *abcès* habituellement limités aux tumeurs et à la marge de l'anus, mais qui peuvent s'étendre dans le petit bassin et amener la mort, soit par extension au péritoine, soit par le développement de phlébites purulentes. D'autres fois ce sont des *gangrènes* qui le plus souvent ne produisent qu'une destruction partielle des tumeurs, mais qui dans des cas malheureux entraînent la destruction d'une partie du rectum.

Les *rétrécissements* du rectum avec constipation invincible, coliques, blennorrhée rectale, sont les conséquences habituelles de ces deux premiers accidents. Notons encore parmi les accidents locaux : la chute du rectum, les eczémas de la région anale, et surtout la fissure à l'anus.

Les *affections viscérales* sont, comme dans la goutte, symptomatiques ou métastatiques. Ce sont principalement des *hémorrhagies :* épistaxis, hémoptysie, hématémèse, mélæna, hématurie, et enfin des hémorrhagies cérébrales; des *congestions chroniques*, des vertiges, des

affections du foie ; des *inflammations*, des cystites, des encéphalites, des laryngites et des pharyngites granuleuses.

Les affections cardiaques de nature inflammatoire qu'on observe chez les hémorrhoïdaires sont bien difficiles à distinguer, si même elles ne sont pas complétement semblables à celles des goutteux.

On observe encore comme affections viscérales des névroses très-diverses, des névralgies en particulier, des gastralgies, des dyspepsies et surtout des coliques excessivement douloureuses. Nous verrons que la paralysie générale et l'ataxie locomotrice se développent presque constamment chez des hémorrhoïdaires.

Les différentes affections que nous venons d'énumérer ont pour caractère de survenir par attaques et d'alterner, soit entre elles, soit avec l'affection anale.

3e PÉRIODE. — *Cachexie*. Les douleurs prolongées, les insomnies, les écoulements muqueux, mais principalement les hémorrhagies répétées, amènent la cachexie. Celle-ci a pour caractère principal l'*anémie* et ses suites : pâleur, bouffissures, essoufflement, palpitations. La tendance aux hémorrhagies augmente encore, elles ont des siéges multiples ; le purpura, l'hydropisie, la gangrène, viennent terminer la scène, si un traitement approprié ne réussit pas à enrayer la maladie.

La *forme commune* n'atteint pas souvent une gravité aussi considérable, et plus souvent la cachexie ne se produit pas.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par la prédominance de l'affection anale et par l'extrême bénignité ou l'absence complète des affections viscérales.

Cette forme présente des degrés très-nombreux ; dans la variété la plus grave les hémorrhagies anales pren-

nent une intensité qui conduit rapidement, quelquefois en moins de huit jours, les malades à une anémie profonde; mais cette anémie, qui disparaît aussitôt qu'on s'est rendu maître de l'affection locale, ne doit pas être confondue avec la cachexie hémorrhoïdaire.

Dans sa variété la plus bénigne, la maladie est caractérisée par l'apparition d'hémorrhoïdes sèches, apparaissant sous l'influence d'une cause occasionnelle puissante, d'une équitation prolongée par exemple, et disparaissant d'elles-mêmes pour ne plus revenir, à moins de l'intervention d'une autre cause. D'autres variétés sont caractérisées par des suintements sanguins ou séreux, des douleurs plus ou moins vives, etc., etc.

Forme anomale. Elle est caractérisée par la prédominance des affections viscérales; par l'extrême bénignité de l'affection anale; ce dernier caractère ne doit pas faire confondre la forme anomale avec la forme précédente.

Les affections viscérales sont de même nature que l'affection anale. Ce sont des fluxions, des hémorrhagies et très-rarement des inflammations; elles sont périodiques; elles alternent entre elles; elles alternent avec l'affection anale, et se guérissent par son apparition. Cette forme est niée par les organiciens. Cependant il existe des observations cliniques incontestables dans lesquelles on a vu des affections viscérales, habituelles aux hémorrhoïdaires : hémoptysies, hématémèse, guéries après l'apparition de tumeurs hémorrhoïdaires. Ce sont là des faits qu'on ne peut classer que dans la forme anomale des hémorrhoïdes.

Forme larvée. Elle est caractérisée par les affections viscérales et par l'absence complète de l'affection anale.

Cette forme, encore plus contestée que la précédente, repose tout entière sur l'existence fréquente d'affections ayant tous les caractères des affections hémorrhoïdales, avec une absence complète d'affection anale.

L'étude *anatomo-pathologique* de l'affection anale a été faite avec beaucoup de soin. Les tumeurs sont de deux sortes : *variqueuses* et *cellulo-épithéliales*. Les premières sont composées par des veinules dilatées avec des nodosités communicantes, des caillots extravasés, puis organisés; elles ont l'apparence d'un tissu érectile. Ces tumeurs sont une, ou multiples, quelquefois disposées en grappes. Elles appartiennent soit aux veines hémorrhoïdaires inférieures, et par conséquent à la circulation générale, soit aux veines hémorrhoïdaires supérieures, et dépendent par la grande mésaraïque du système de la veine porte.

Les tumeurs cellulo-épithéliales ou *marisques*, constituées par du tissu conjonctif et épithélial, sont rosées, lisses, disposées sous forme de crête de coq à la marge de l'anus.

Les inflammations de ces régions déterminent les indurations et les rétrécissements dont nous avons déjà parlé.

Étiologie. — Les hémorrhoïdaires sont dès leur enfance sujets à des épistaxis, des vertiges, des attaques d'hypochondrie; ils ont les artères petites et les veines développées. C'est là ce qu'on a appelé le *tempérament* hémorrhoïdaire.

L'*hérédité* est incontestable dans cette maladie; quelquefois une seule affection se transmet : la migraine, les épistaxis, etc. C'est ce qui constitue pour nous la forme larvée de la maladie.

C'est surtout de 45 à 55 ans qu'apparaît la première attaque d'hémorrhoïdes. Stahl croyait la maladie plus fréquente dans la vieillesse. Du reste, elle n'épargne aucun *âge*; sur 63 cas, Trnka l'a observée 39 fois après 15 ans, 18 fois vers 5 ans, 5 fois dans la première année. Les *sexes* et les climats n'ont pas d'influence marquée sur la production de la maladie. Certains pays présentent, sans

qu'on sache pourquoi, un grand nombre d'hémorrhoïdaires. La vie de cabinet, l'équitation, la bonne chère, les épices, le café, les plaisirs vénériens, l'usage des bains de siége, des sangsues, des purgatifs, surtout aloétiques, favorisent le développement de la maladie, mais ne suffisent jamais à la produire en l'absence de la prédisposition.

Traitement. — *Forme commune, attaques.* S'il ne survient aucun accident, il faut se borner à faire de l'expectation, non pas que la maladie hémorrhoïdaire soit une *fonction*, comme l'ont dit les Stahliens, mais parce que la fluxion et l'hémorrhagie anale servent de crise aux autres souffrances hémorrhoïdaires.

Douleur trop violente : nux vomica, arsenicum, capsicum annum et *sedum acris.*

Nux vomica est indiquée par la douleur d'excoriation, les douleurs sécantes et lancinantes, le sentiment de pesanteur et de constriction, le prurit, le ténesme et la constipation : le *sentiment de constriction* et le *ténesme* caractérisent *nux vomica.*

Arsenicum est indiqué par des douleurs brûlantes et pruriteuses avec exacerbation nocture. Les tumeurs hémorrhoïdales brûlent comme du feu.

Capsicum annum répond surtout au ténesme rectal et vésical, et aux petites selles diarrhéiques ; il faut ajouter les douleurs brûlantes et lancinantes.

Sedum acris, indiqué empiriquement, m'a surtout réussi contre les douleurs spasmodiques de la fissure à l'anus, à la dose de quelques gouttes de la 6e dilution. Souvent on se trouve bien de l'association d'*arsenicum* et de *nux vomica. Carbo vegetalis* devra être employé dans des cas analogues à ceux d'*arsenicum*, quand ce dernier aura échoué.

Inflammation phlegmoneuse des tumeurs hémorrhoïdales. *Nux vomica* est le médicament du début. *Sulfur* pourra être alterné avec *nux;* il correspond à l'inflammation de l'anus, avec douleurs brûlantes et *lancinantes;* gonflement de l'anus.

Kali carbonicum et *muriatis acidum* sont indiqués par le volume excessif des tumeurs; *chamomilla,* par des tumeurs ulcérées et suppurantes et douleur insupportable. *Sepia* correspond aussi aux hémorrhoïdes enflammées.

Hémorrhagies anales. C'est l'accident le plus important. Un très-grand nombre de médicaments sont indiqués; nous étudierons les principaux.

Belladona. Hartman l'indique contre des pertes de sang abondantes avec sentiment de brisure dans le sacrum.

Stramonium est mieux indiqué par la matière médicale; il correspond à un écoulement abondant de sang avec caillot.

Phosphorus, médicament antihémorrhagique par excellence; il correspond à un écoulement abondant de sang par l'anus, pendant et après les selles, avec tumeur hémorrhoïdale et ténesme insupportable.

Sabina, préconisé par Hartman, qui semble l'avoir employé avec succès, est indiqué par les hémorrhagies abondantes, surtout chez les femmes qui ont des règles trop fortes.

Phosphori acidum et *muriatis acidum* sont indiqués contre les hémorrhagies avec gonflement douloureux des hémorrhoïdes.

Millefolium, ipeca, tlaspi ont été employés par *analogie* et à cause de leurs propriétés antihémorrhagiques, mais sans indications spéciales. — J'ai eu des succès rapides avec *perchlorure de fer,* 2 gouttes, de la 6e dilution dans 200 grammes d'eau.

Dans un cas qui avait résisté aux médicaments ordinaires j'ai réussi avec le même médicament à l'intérieur, à la dose de 10 gouttes dans une potion de 200 grammes. Les lavements avec 2, 4 et 6 grammes de perchlorure de fer pour 125 grammes d'eau, et enfin la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales avec le fer rouge, sont des moyens externes qu'on est quelquefois forcé d'employer. Les petits lavements froids, conseillés par Montègre aux hémorrhoïdaires, sont d'un bon effet pour prévenir les hémorrhagies.

Lorsque les tumeurs sont étranglées et menacent d'être frappées de gangrène, il faut tâcher de les réduire ; *arsenicum* et *carbo vegetalis* sont les deux médicaments indiqués dans ce cas.

Chute du rectum. On a préconisé *lachesis, arsenic, sepia, ignatia, nux vomica*. Les allopathes emploient la *strychnine* en injection sous-cutanée. J'ai réussi dans des cas très-rebelles avec *nux vomica* 6e. Le *spasme du sphincter*, la *fissure* à l'anus demandent *lachesis, plumbum*, mais surtout *sedum acris*, auquel je dois deux succès. En dernier ressort, on a recours à l'opération.

Les *rétrécissements* du rectum doivent être traités par la dilatation successive à l'aide de grosses bougies en cire.

TRAITEMENT DE LA MALADIE DANS L'INTERVALLE DES ATTAQUES ET PENDANT LA 2e PÉRIODE.

Nux vomica et *sulfur* sont les deux principaux médicaments.

Nux vomica est indiquée par : hypochondrie avec anxiété, scrupules et impulsions, suicides ; vertiges tournoyants à tomber ; céphalalgie occipitale ; épistaxis répétée, précédée de congestion à la tête et à la face ; héma-

témèse; hémoptysie avec sang caillé; affection anale très-caractérisée.

Sulfur. Accès d'hypochondrie avec indifférence pour toute chose; absence de pensée; vertiges à tomber; affluence du sang à la tête avec plénitude; battements, chaleur de la face; hémorrhagie à siége multiple; affection anale très-caractérisée.

La *cachexie* réclame *china* et *arsenicum*, les bains *chlorurés-sodiques*, les moyens antihémorrhagiques.

Dans les *formes anomales* et *larvées*, il faut employer les médicaments indiqués par les affections viscérales et en plus *nux vomica* et *sulfur*, qui peuvent rappeler l'affection anale. On peut essayer de favoriser l'apparition de celle-ci par des bains de siége chauds et prolongés. Les eaux de Carlsbad et surtout de Marienbad, celles de Niederbrunn, jouissent de la réputation de régulariser la maladie et sont indiquées dans les formes anomales et larvées.

DE LA DARTRE.

Cette espèce morbide est caractérisée par des affections cutanées et des affections viscérales qui alternent ou coïncident. Les affections cutanées sont connues sous le nom de *dartes sèches et humides*. Les affections viscérales sont multiples et variées; les principales sont des catarrhes, des fièvres larvées, des névroses, des affections de l'estomac, etc. Jamais cette unité morbide n'a été bien constituée; la grande difficulté provient des affections cutanées qui sont communes à la goutte, à la scrofule, à la syphilis et à la dartre. Willan et l'école organicienne ont encore contribué à retarder la solution de cette

question en créant les *maladies de la peau* et leurs divisions purement anatomiques. J.-P. Tessier, dans ses *Cours* et dans sa *Nosologie*, avait affirmé cette espèce morbide. Bazin a essayé d'en tracer l'évolution : il a distingué les affections cutanées en scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, parasitaire et dartreuse; mais il n'a pas décrit les formes de la dartre.

La dartre se présente sous quatre formes : *forme commune, forme bénigne, forme anomale, forme larvée.*

La *forme commune* se définit comme l'espèce morbide. Il faut ajouter qu'elle peut se terminer par une cachexie pendant laquelle on voit apparaître des affections cancéreuses de l'estomac et de l'intestin.

1re PÉRIODE. Elle est caractérisée par des affections cutanées et catarrhales mobiles et superficielles, à marche un peu aiguë. Ce sont des eczéma, l'urticaire, le pityriasis aigu, le zona, l'herpès, avec mouvements fébriles légers; les ophthalmies et les blépharites avec prurit; des coryza et des blennorrhées diverses.

2e PÉRIODE. A cette période, l'affection cutanée se présente sous deux formes bien distinctes : la dartre sèche et la dartre humide.

Dartre sèche. Le *lichen*, caractérisé par une éruption de papules dues à l'hypertrophie des papilles de la peau, cette éruption est confluente; le *prurigo*, constitué par la même lésion anatomique, mais disséminée; le *pityriasis* et le *psoriasis*, qui ont pour caractéristique une modification de la sécrétion épidermique; dans la première affection elle produit des *furfur*; dans la seconde, des *squames*.

Les *dartres humides* siégent dans l'appareil sécrétoire de la peau; ce sont : l'*eczéma*, caractérisé par des vési-

cules transparentes, puis des croûtes molles et jaunâtres; le *pemphigus*, dont la lésion anatomique est une bulle; l'*impetigo*, constitué par des pustules avec participation des glandes sébacées; l'*ecthyma*, formation de pustules avec fausses membranes, croûtes épaisses et noirâtres; le *furoncle*, la même lésion, beaucoup plus profonde.

Les affections cutanées débutent indistinctement n'importe par quelle région; elles sont extrêmement pruriteuses, superficielles; elles ne détruisent pas les tissus et sont entourées d'un cercle inflammatoire. Ces affections sont très-mobiles : elles alternent entre elles et avec les affections viscérales, elles peuvent disparaître subitement et donner lieu à de véritables *métastases*. Les affections cutanées de la dartre diffèrent des syphilides par un prurit considérable et par leur évolution; les syphilides se *succèdent* dans un ordre à peu près constant, tandis que les affections de la dartre *alternent;* l'eczéma du début, par exemple, revient après le prurigo ou le psoriasis.

Parmi les affections viscérales, la dyspepsie joue le principal rôle; viennent ensuite les catarrhes de la muqueuse nasale, broncho-pulmonaire et utéro-vaginale. Ces catarrhes s'accompagnent d'une sécrétion habituellement séreuse, d'autres fois purulente et extrêmement pruriteuse. Des éruptions analogues à celles de la peau se font sur les muqueuses; le conduit auditif, les paupières, les fosses nasales, le pharynx, la vulve, le prépuce, sont le siége habituel de ces éruptions. L'ophthalmie, la névralgie, la migraine, la fièvre larvée, l'asthme, sont des affections viscérales fréquentes dans cette période de la dartre. A mesure que la maladie fait des progrès, les affections cutanées et viscérales se généralisent; les métastases deviennent plus graves; la constitution s'altère, et les malades arrivent à la troisième période.

Cachexie. Dans cette période, les affections cutanées

et viscérales existent simultanément et ne disparaissent plus. L'affection cutanée est générale; mélange de la dartre sèche et de la dartre humide, elle couvre le malade de la tête aux pieds d'une éruption où prédominent tantôt les croûtes, tantôt l'exfoliation épidermique. Les affections viscérales peuvent se compliquer du développement du tissu cancéreux : ce sont des cancers de l'estomac et du foie, des tumeurs des ovaires, de la rate, des affections catarrhales épuisantes. L'amaigrissement est rapide et excessif; la peau jaunâtre, flétrie, plissée, est collée aux os; il survient des infiltrations séreuses, avec ou sans albuminurie, rarement des diarrhées; l'appétit est souvent conservé; la fièvre hectique revient sous le type quotidien, tierce, double-tierce ou quarte; enfin les malades succombent épuisés et finissent souvent dans une syncope.

La *forme bénigne* est caractérisée par le peu d'intensité des affections cutanées et viscérales, et principalement par les intervalles très-prolongés qui séparent l'apparition de ces affections.

La *forme anomale* est caractérisée par l'extrême bénignité des affections de la peau, et la gravité considérable des affections viscérales, une marche plus rapide et un danger plus grand. Si les malades doivent succomber, les affections cutanées diminuent, puis disparaissent complétement, tandis que l'affection viscérale devient prédominante et amène la mort du malade.

La *forme larvée* est caractérisée par l'absence complète d'affections cutanées. Son histoire repose sur des observations d'affections viscérales, semblables à celles qui surviennent dans la dartre : des migraines, des catarrhes, des dyspepsies, affections développées chez des malades descendant de dartreux et ne présentant aucune

affection cutanée. Ces affections viscérales sont excessivement rebelles à tous les traitements.

Étiologie. — La dartre est une maladie de l'adolescence, de l'âge mûr et de la vieillesse. Cependant elle peut débuter prématurément dans l'enfance, sous forme de dartre sèche. Bazin affirme que cette maladie est plus fréquente chez la *femme* que chez l'homme; elle est incontestablement *héréditaire*, et on n'admet plus qu'elle soit *contagieuse* depuis qu'on en a séparé les maladies *parasitaires*.

Les *causes occasionnelles* sont le froid, des frottements; certains aliments; les moules, les écrevisses, etc.; les autres maladies qui ont des manifestations cutanées : les fièvres éruptives, la syphilis, etc. Les *passions tristes* jouent un rôle important dans la production de la dartre.

Traitement. — Le *sulfur* et l'*arsenic* sont les deux médicaments principaux de la dartre.

Sulfur répond à des éruptions cutanées et muqueuses très-diverses : papules, vésicules, pustules, squames; inflammation des yeux et des paupières, du conduit auditif, du nez, de la gorge, de la muqueuse génitale; les affections de sulfur ont pour caractère un prurit excessif, prurit souvent voluptueux et insupportablement agréable, et remplacé par une cuisson prolongée, lorsque le malade s'est gratté. Le soufre répond encore à la plupart des affections viscérales de la dartre : migraine avec afflux de sang à la tête, pharyngite granuleuse, catarrhe et asthme, dyspepsie, névralgie.

Arsenicum. C'est le grand médicament de la dartre; il a dans sa pathogénie prurit brûlant, élancement à la peau, papules, taches et squames; prurit des muqueuses, habituellement sans suppuration; névralgie,

migraine, asthme, fièvres intermittentes et névroses diverses.

Nous reviendrons sur le traitement de chaque affection en particulier : indiquons seulement la *sepia*, la *silicea*, et surtout le *manganesium* dans le traitement de la dartre sèche ; le *tartarus*, le *graphite*, le *rhus*, et surtout la *clematis erecta* contre la dartre humide.

Les eaux minérales sont souvent conseillées avec succès dans le traitement de la dartre. Cette médication est encore presque complétement empirique et difficile à préciser à cause de la confusion des affections scrofuleuses et des affections dartreuses. Il est évident que les eaux arsenicales et sulfureuses doivent tenir ici le premier rang, et qu'on se décidera, par le genre du prurit, par la nature des affections cutanées et viscérales. Les eaux de Louech, qui ne sont ni sulfureuses, ni arsenicales, ont cependant une très-grande importance dans le traitement de la dartre.

Les eaux minérales ne doivent jamais être administrées pendant la période aiguë ou subaiguë de l'affection cutanée, car ces eaux agissent toutes homœopathiquement, c'est-à-dire qu'elles augmentent d'abord l'affection extérieure pour la guérir ensuite ; enfin, elles sont particulièrement précieuses dans la *dartre anomale*, parce que souvent elles ont la puissance de rappeler et de fixer la lésion cutanée, et de guérir ainsi les affections viscérales ; les eaux de Louech jouissent, sous ce rapport, d'une réputation méritée.

DE LA SYPHILIS.

La syphilis est une maladie constitutionnelle constituée par des ulcérations, des indurations, des nécroses et des caries; mais elle a pour caractère distinctif de ne se développer jamais sous l'influence de causes générales. La contagion est toujours nécessaire; dans la syphilis acquise, c'est le malade lui-même qui est contaminé; dans la syphilis héréditaire, c'est le générateur qui l'a été.

L'unité de la syphilis a été constituée par la séparation des deux autres maladies vénériennes, la blennorrhagie et la sycose. Dans ces derniers temps, l'inintelligence des *formes* de la maladie a remis cette unité en discussion, et on a voulu faire deux espèces de syphilis : *chancre mou* et *chancre dur*. Mais ces deux manifestations de la syphilis se rattachent à la même espèce morbide, et la preuve en est donnée par la clinique qui a établi sur des faits désormais incontestables : 1° que le chancre mou pouvait engendrer le chancre dur, et réciproquement; 2° que le chancre mou pouvait exceptionnellement être suivi d'accidents secondaires comme le chancre dur.

Des formes de la syphilis. La syphilis se présente sous cinq formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* ou *phagédénique*, la *forme héréditaire* et la *forme épidémique*.

Dans cette description, nous emprunterons souvent des pages entières à notre ami le Dr J. Davasse.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par l'absence d'accidents consécutifs. La maladie parcourt son évolution tout entière dans la partie contaminée, et dans un temps relativement fort court; c'est la forme la plus contagieuse.

Dès les premiers jours après l'époque de la contagion, et dans la localité de l'insertion virulente, il se développe un ou plusieurs chancres, dont le nombre peut *augmenter successivement*, soit par une auto-inoculation, soit par une continuation d'action de la cause morbide. Ces chancres débutent soit sous forme d'érosions superficielles, soit de vésicules, soit de pustules ecthymateuses, de petits tubercules furonculeux, aboutissant à l'ulcération plus ou moins arrondie, toujours *molle*, à fond grisâtre, à bord taillé à pic. Ces ulcérations s'entourent d'une auréole sombre, s'élargissent, se confondent souvent par leur circonférence, suppurent, et au bout de cinq à six semaines, finissent par se cicatriser spontanément. Dans les deux tiers des cas, la maladie est comprise tout entière dans l'évolution de ces ulcérations; autrement elle sévit sur les ganglions voisins qui se tuméfient, s'enflamment, suppurent et constituent le *bubon*. Celui-ci peut être simplement inflammatoire, ou au contraire être virulent. Dans ce dernier cas son pus est inoculable : il s'ulcère et arrive bien plus difficilement à la cicatrisation.

Les accidents de la forme bénigne de la syphilis sont : la *gangrène* de l'ulcération ou du bubon; l'état *diphthéritique*, et plus rarement l'état *phagédénique*. Dans la forme bénigne, le phagédénisme n'est qu'un accident qui cède assez rapidement au traitement.

La cicatrisation des ulcères obtenue, la résolution des engorgements ganglionnaires accomplie, tout est terminé dans la forme bénigne de la syphilis.

Cette forme siége presque constamment sur les parties génitales; cependant elle peut se développer à la face. Malgré le caractère excessivement contagieux du pus de la syphilis bénigne, cette forme ne se transmet presque jamais à l'enfant pendant l'accouchement.

Forme maligne ou phagédénique. Caractérisée par le

phagédénisme de l'ulcération primitive, par l'absence à peu près complète d'affections consécutives, et par une cachexie très-considérable.

Cette forme débute d'une manière insidieuse; il n'existe d'abord qu'un chancre sans caractère particulier, et qui se cicatrise rapidement quand il ne doit pas devenir lui-même le point de départ de phagédénisme. Dans ce cas, c'est le bubon suppuré qui devient le siége de l'ulcération serpigineuse. Néanmoins, quel que soit son point de départ, l'ulcère s'allonge, ses lèvres s'amincissent, se frangent, se contournent, bordées d'un limbe diffus, sombre et livide; le fond mollasse, saignant, grisâtre ou parsemé de crêtes fongueuses, de détritus pultacé, et baigné dans ses anfractuosités d'une sanie de mauvaise nature. Quand il a acquis une certaine étendue, il continue à s'accroître seulement par une de ses extrémités, tandis que l'autre présente des rudiments de cicatrisation. C'est ainsi que rampant de proche en proche, et contournant sous forme de spire les régions sur lesquelles il est placé, cet ulcère sordide détruit des portions considérables du gland, perfore l'urèthre, et, sur les membres, dénude quelquefois les os et les tendons. De temps en temps une tendance à la cicatrisation se manifeste; celle-ci même est quelquefois presque complète. Puis le travail d'ulcération recommence, détruit la cicatrisation et continue sa marche envahissante. Ces ulcérations sont excessivement douloureuses, et accompagnées de la formation d'un pus qui reste indéfiniment inoculable. Sous l'influence des douleurs et d'une ulcération qui dure des années, la *cachexie* se prononce avec des œdèmes, des hémorrhagies, et la mort est assez souvent la terminaison de cette forme de la syphilis; d'autres fois elle guérit après des années, et laisse au malade des cicatrices indélébiles, et souvent des infirmités. Quelquefois on voit apparaître, après des

années, quelques accidents secondaires insignifiants; mais le plus souvent toute la maladie se trouve concentrée dans l'évolution de l'ulcère primitif.

Forme commune. Elle présente l'évolution complète de la maladie; c'est la variété classique. On a divisé la succession de ses symptômes en trois périodes : *accidents primitifs, secondaires* et *tertiaires.* Ajoutons un état *cachectique* qui peut se développer pendant le cours des accidents constitutionnels.

Le point de départ constant de la forme commune est le *chancre.* Ce chancre, qui apparaît quelques jours ou quelques semaines après l'infection, commence par une rougeur bientôt papuleuse ou pustuleuse, remplacée par une ulcération qui, dans les premiers jours, n'offre pas de caractères spéciaux.

Quand le chancre est produit par l'inoculation d'accidents secondaires, l'incubation est bien plus longue; elle est souvent de quatre semaines, et l'ulcération débute souvent par une véritable papule.

Dans les semaines qui suivent, le chancre subit très-souvent des modifications importantes; il s'*indure* ou se transforme en *plaques muqueuses,* en même temps que la pléiade ganglionnaire s'engorge. Induration, plaques muqueuses, engorgement ganglionnaire, sont des signes certains de syphilis constitutionnelle.

L'*induration* peut être profonde, *induration huntérienne,* elle donne la sensation d'une lentille doublant l'ulcération; elle peut être *superficielle, parcheminée, annulaire,* sous forme d'un bourrelet; enfin elle peut manquer complétement au col de l'utérus et à l'anus. Cette induration manque fréquemment chez la femme, où la transformation suivante est plus fréquente.

Plaques muqueuses. Le chancre, pendant sa période de cicatrisation, devient plus saillant, s'entoure d'un bour-

relet lisse et rose, tandis que le centre grisâtre et non cicatrisé présente encore les caractères du chancre. Enfin la cicatrisation, marchant de la circonférence au centre, transforme le chancre en une saillie granuleuse, régulière, recouverte entièrement d'une pellicule rosée.

Enfin l'*engorgement ganglionnaire* est la compagne obligée du chancre, et il lui survit ; ces engorgements suppurent bien plus rarement que dans la forme bénigne.

Symptômes secondaires. Ils se divisent naturellement en trois périodes : *prodromes, éruptions* et *lésions organiques*. Les prodromes consistent en malaise, mouvement fébrile indéterminé, lassitude, céphalalgie, alopécie ; la peau est terne, flétrie, le visage vieilli ; puis les éruptions commencent de la sixième semaine au troisième mois, depuis le chancre primitif, par la *roséole ;* éruption exanthématique apparaissant d'abord sur la poitrine, et se généralisant bientôt. Le *lichen,* caractérisé par des papules isolées ; la *varicelle,* dont la lésion est une vésicule ombiliquée ou non, et entourée d'un cercle livide, sont des éruptions contemporaines. Signalons encore, dans cette période, le *mal de gorge,* avec plaques muqueuses ; les croûtes du cuir chevelu, avec chute des cheveux et développement des ganglions de la nuque et du cou ; la *mentagre,* mais surtout la *couronne de Vénus,* éruption siégeant au front et constituée à la fois par un exanthème, des papules et des vésicules.

A une époque plus éloignée du début appartiennent : les éruptions *squameuses* de la paume des mains et de la plante des pieds, analogue au *psoriasis ;* les *syphilides pustuleuses,* et en particulier l'*ectyma,* pustules ou groupe de pustules, reposant sur un fond violacé, déterminant une ulcération profonde et des cicatrices indélébiles ; l'*ecthyma* siége habituellement aux membres inférieurs ; les *syphilides tuberculeuses* de la peau ou des muqueuses,

constituées par des noyaux intra-épidermiques de la peau ou des muqueuses, terminées par des ulcérations profondes avec destruction des parties ; quelquefois dénudation et carie des os, c'est le *lupus* syphilitique. A cette période appartiennent encore l'*onyxis*, affection de la matrice de l'ongle ; l'*iritis* avec son anneau vasculaire caractéristique ; enfin le *sarcocèle* syphilitique, dû à l'épaississement inégal et comme noueux du tissu des testicules ; plus tard, cette altération se généralisant, transforme le testicule en une tumeur dure, uniforme, qui peut se ramollir et suppurer par places ; les deux testicules sont habituellement pris successivement ou simultanément.

Les symptômes secondaires de la syphilis sont contagieux. Ce fait a été mis hors de doute et par des faits cliniques incontestables et par des inoculations.

Symptômes tertiaires. Plus tardifs que les précédents, plus profonds et plus graves, ils ne sont plus contagieux.

La peau ne présente guère qu'une affection à cette époque ; c'est le *rupia* avec ses croûtes coniques, épaisses, concentriques et verdâtres. La lésion la plus fréquente siége dans le tissu cellulaire, c'est la *gomme syphilitique*, tumeur arrondie de la grosseur d'une cerise à celle d'une noix, suppurant lentement, difficilement, et donnant lieu à des ulcérations interminables. Le système musculaire est le siége des *contractures ;* ces contractures peuvent siéger aux sphincters. Le système osseux est atteint directement dans cette période ; ce sont d'abord les *douleurs ostéocopes*, aggravées par la chaleur du lit ; des *périostoses*, des *exostoses*, des *caries*, des *nécroses*. Parmi les principales affections produites par l'ostéite syphilitique, citons la *perforation de la voûte palatine*, la *carie du vomer*, des *os propres du nez*, de l'*apophyse montante* du maxillaire supérieur, de la *voûte orbitaire*, du *bord*

alvéolaire des maxillaires, d'où naissent des infirmités incurables.

A une époque plus avancée apparaissent des affections viscérales dont chacune constitue des maladies graves : c'est la *phthisie laryngée* et la *phthisie pulmonaire*, dont la lésion est constituée par des ulcérations et des gommes syphilitiques; les tumeurs syphilitiques du *cœur*, du *foie*, des *reins*, des *ovaires*, des *vésicules séminales;* puis des névroses variées : l'*ataxie locomotrice*, l'*aliénation mentale*, des accidents *choréiformes* et *épileptiformes*.

La *cachexie* survient plus ou moins tardivement, quelquefois dès la seconde période. La *consomption sèche* est le mode le plus commun de la cachexie syphilitique. Voici ses symptômes : perte des forces, de l'appétit ou du sommeil; amaigrissement; peau sèche, brunâtre, écailleuse, ridée; fièvre hectique; apparition de purpura. La mort arrive par une complication aiguë : pneumonie gangréneuse, pleurésie hémorrhagique, etc.; par un accident dépendant d'une affection du larynx ou du cœur; par épuisement comme dans les autres cachexies. Telle est la description de la *forme commune*, complète et régulière. Mais cette forme présente un grand nombre de *variétés*, constituées soit par l'absence de certains groupes de symptômes, soit par leur apparition hâtive ou tardive.

Syphilis héréditaire. Elle présente deux variétés : celle qui se développe très-peu de temps après la naissance, ou *congénitale*, et celle qui n'apparaît que plusieurs années après la naissance, ou *héréditaire proprement dite*.

Syphilis congénitale, qu'il ne faut pas confondre avec la *syphilis acquise* dans les premiers jours de la vie; cette dernière ne diffère pas des formes déjà décrites. La syphilis congénitale, aiguë dans sa marche, très-grave dans son pronostic, apparaît habituellement de la pre-

mière semaine au septième mois; mais elle peut se développer pendant la vie intra-utérine ou, au contraire, attendre que l'enfant ait atteint 12 à 15 mois. Éminemment *contagieuse*, cette forme est caractérisée par l'apparition simultanée d'affections secondaires et tertiaires.

Un certain nombre d'enfants naissent en pleine cachexie syphilitique; ils offrent alors un aspect caractéristique : amaigris, sans force; les téguments des membres sont violacés; ceux de la face d'un jaune bistré, comme produit par du marc de café; la peau est flasque, ridée; ils ont l'aspect sénile et *semi-cocti*, comme dit Fallope. Un grand nombre naissent avec les apparences de la santé; puis bientôt, ils maigrissent, dorment mal; des ragades, des pustules, des plaques muqueuses se développent, précédées ou accompagnées des affections viscérales décrites dans la forme commune. La mort est la terminaison fréquente de cette forme, parce que la cachexie est toujours imminente.

Forme héréditaire proprement dite. Elle se développe soit pendant la deuxième dentition, soit à la puberté, soit même à une époque plus avancée de la vie. Elle est caractérisée par le développement d'une ou de plusieurs affections tertiaires; elle n'est pas contagieuse.

L'habitude extérieure des enfants atteints de syphilis héréditaire tient à la fois de la scrofule et du rachitisme. Ils grandissent tard, sont pâles, émaciés; la dentition est peu avancée. Les deux dents incisives supérieures présenteraient un caractère spécial; elles sont plus petites que les autres, offrent à leur bord libre des entailles verticales, et sont d'une mauvaise couleur. Ces enfants présentent des difformités rachitiques, des glandes engorgées. Souvent l'affection syphilitique ressemble à une affection scrofuleuse; c'est un ulcère interminable ou

une carie; la carie affecte habituellement les os propres du nez, la voûte palatine, les apophyses montantes, ou bien quelques autres points du squelette où nous avons déjà signalé des affections syphilitiques. Les douleurs sont plus vives, la suppuration moins abondante, les engorgements ganglionnaires moins considérables que dans les affections scrofuleuses, avec lesquelles la syphilis héréditaire présente tant de rapports. Signalons encore une affection plus spéciale : c'est une *kératite interstitielle*, qui obscurcit complétement la cornée de l'un des yeux, pour se résoudre ensuite complétement pendant que l'autre œil se prend à son tour. Cette affection ne se résout pas toujours et peut se terminer par la cécité.

Notons encore, à propos de la syphilis héréditaire, la transmission possible à la mère par l'intermédiaire du fœtus. Dans cette variété, un père atteint de syphilis constitutionnelle ne présentant aucun accident actuellement contagieux, cohabite impunément avec sa femme jusqu'au moment où le coït devient fécondant. La syphilis constitutionnelle se transmet alors du fœtus à la mère.

Forme endémique et épidémique. La grande *épidémique* du xve siècle était caractérisée par des éruptions plus abondantes et plus graves, par des excroissances considérables, par des mutilations et des cicatrices plus fréquentes, par une localisation moins restreinte à la sphère génitale, enfin, par une puissance contagieuse plus grande.

On retrouve encore aujourd'hui cette forme à l'état *endémique*, sous les noms de *pian*, *frambœsia*, *radzyge*, etc.

Traitement. — La *forme bénigne* ne réclame pas d'autre traitement que celui des ulcérations simples et des en-

gorgements ganglionnaires inflammatoires qui les accompagnent. Cautérisation abortive au début. Plus tard, pansement avec le vin aromatique. Cataplasme sur l'ouverture des bubons suppurés.

La *forme phagédénique* offre des difficultés considérables; elle est aggravée par le mercure et nullement modifiée par l'iodure de potassium. *Nitri acidum, silicea* et *arsenicum* sont les trois médicaments principaux. Leur dilution élevée, la 30e, réussit au moins aussi souvent que les doses massives; mais il faut joindre à ce traitement des applications externes : cautérisation avec le fer rouge, l'acide nitrique, la teinture d'iode, mais principalement les pansements avec une pommade contenant de l'*arsenic* au 1000e. Les soins hygiéniques les mieux entendus sont ici nécessaires pour aider à la médication.

La *forme commune* demande comme médicaments principaux : *mercurius, iodium* et *kali hydriodicum, nitri acidum, aurum, staphysagria* et *sulfur*.

Mercurius convient presque exclusivement pendant la période des accidents secondaires. Il est tellement efficace dans ce cas qu'il a été longtemps considéré comme *spécifique*. Suivant notre expérience personnelle, les doses, quoique très-petites, doivent être pondérables. Nous prescrivons le plus souvent de 1 jusqu'à 5 centigrammes de *corrosivus*, dans 300 grammes d'eau, 3 cuillerées par jour. Il y a encore quelques cas où nous sommes obligés d'élever les doses. *Nitri acidum* convient aussi à cette période, après *mercurius*. La 30e dilution nous a presque toujours suffi; mais, si les bons effets tardaient à se produire, il faudrait abaisser les doses. *Iodium* et *kali hydriodicum* conviennent à la fin de la deuxième période et pendant toute la troisième. Les doses ici sont encore bien incertaines. *Kali hydriodicum* à dose ordinaire, c'est-à-dire de 1 à 3 grammes par jour, produit de

merveilleux résultats, qu'on n'a pas le droit de passer sous silence, et nous n'avons jamais vu les doses fortes amener d'accidents sérieux. D'un autre côté, en étudiant comparativement les doses diverses, j'ai obtenu des résultats très-rapides avec *iodium* à la 30e et même à la 500e dilution. Il est donc convenable de débuter par les doses habituelles, surtout dans les cas où le mal fait des progrès rapides et menace de faire des ravages irréparables. *Aurum* répond à la syphilis constitutionnelle avancée et spécialement aux ostéites, avec carie, necrose ou exostose. Empiriquement ce médicament est employé après *kali hydriodicum* demeuré insuffisant.

La *syphilisation* a produit quelques bons résultats. Elle consiste dans l'inoculation plus ou moins répétée du pus syphilitique chez des malades atteints d'accidents secondaires ou tertiaires rebelles aux moyens ordinaires de la thérapeutique.

La *forme commune* de la maladie ne se développant habituellement qu'une fois chez le même sujet, on a proposé l'inoculation syphilitique comme un bon moyen prophylactique, comme une sorte de *vaccine* de la variole. Mais ici l'inoculation fait courir trop de risques au sujet pour qu'on puisse introduire ce moyen dans la pratique.

La *forme congénitale* demande principalement *mercurius*. Dans la thérapeutique ordinaire, on est obligé d'administrer ce médicament à la nourrice; mais nous pouvons donner le médicament directement grâce aux ressources de notre admirable échelle posologique.

DE LA SCROFULE.

Sous le nom de *strumes* les anciens ne décrivaient que les écrouelles. L'espèce scrofule a été constituée par Sauvages et Kortum. Perdue par l'école organicienne, elle a été rétablie par Tessier et Milcent. Bazin n'a fait que copier et amplifier ce dernier auteur.

Définition. — De l'ordre des maladies constitutionnelles, la scrofule est constituée par des affections multiples ayant pour caractères principaux : la tendance à la chronicité, à l'ulcération, à la suppuration et à un dépôt de matières tuberculeuses, principalement dans les ganglions lymphatiques. Les principales affections scrofuleuses sont : les écrouelles, les ophthalmies, les caries, les tumeurs blanches, les affections cutanées et la phthisie pulmonaire.

Division. — La scrofule présente quatre formes à étudier : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la *forme fixe primitive*. Nous rejetons la *forme larvée* de Bazin, attendu que les cas qui la constitueraient rentrent dans la forme maligne ou n'appartiennent à aucun titre à l'histoire de la scrofule.

Forme commune. Elle est caractérisée par l'évolution complète de la maladie, par une marche chronique à longue période, par la multiplicité des affections.

On décrit généralement un tempérament scrofuleux pouvant faire prévoir le développement ultérieur de cette maladie. Bazin, dans un tableau où la fantaisie a sa bonne

part, dit que les scrofuleux présentent quelque chose d'excessif : ils sont trop grands ou trop petits, trop intelligents ou imbéciles, trop gras ou trop maigres, trop rosés ou blafards, sujets à la boulimie ou à l'anorexie, enclins à l'amour ou trop froids.

La forme commune présente trois périodes (Milcent).

1re PÉRIODE. — *Invasion*. La scrofule débute habituellement pendant la première dentition, très-rarement avant; quelquefois après sept ans, mais presque toujours alors à l'occasion d'une rougeole ou d'une influence étiologique considérable.

Cette période est caractérisée par des affections superficielles siégeant à la peau ou sur les muqueuses.

Les éruptions cutanées de la période d'invasion (scrofulides de Bazin) sont sèches ou humides. A ces dernières appartiennent les eczéma, les achores, les impétigo, siégeant particulièrement à la face, au cuir chevelu, et connus du vulgaire sous le nom de *croûte de lait*. Aux éruptions sèches se rattachent les érythèmes, le prurigo, le lichen, le psoriasis et l'acné. Toutes ces éruptions ont pour caractère spécifique le développement des ganglions de la sphère cutanée atteinte.

Les affections des muqueuses sont : le coryza habituel lié à l'impétigo des narines et de la lèvre supérieure, affections qui déterminent le gonflement de ces parties et la formation du *mufle scrofuleux;* des otorrhées, rebelles, séro-purulentes, et encore sans carie; des blépharites et des orgeolets fréquents; l'ophthalmie scrofuleuse encore bénigne, des pharyngites granuleuses avec hypertrophie des amygdales, des bronchites catarrhales, des diarrhées, des balanites; des leucorrhées et des vulvites chez les petites filles. Les enfants scrofuleux sont quelquefois très-gros, souvent ils sont malingres;

leur dentition est tardive et difficile; ils marchent tard. Ces deux derniers caractères, suivant nous, appartiennent plutôt au rachitisme, maladie essentiellement différente de la scrofule.

2e PÉRIODE. — Les affections deviennent plus graves. Les *écrouelles* annoncent habituellement le début de cette période; elles sont d'abord constituées par la tuméfaction douloureuse et par l'induration des ganglions lymphatiques du cou; ces ganglions se ramollissent, suppurent et restent ulcérés indéfiniment : les ganglions lymphatiques de l'aisselle, de l'aine, peuvent présenter des lésions identiques. Les affections de la peau sont plus profondes que dans la première période. Elles présentent plusieurs variétés : la *scrofulide inflammatoire*, ou *impetigo rodens;* la *scrofulide pustuleuse*, ou *ecthyma;* la *scrofulide fibro-plastique*, le *lupus*, les tubercules de la peau. Les ophthalmies de cette période sont très-graves : elles s'accompagnent d'ulcères de la cornée et sont suivies de taies plus ou moins épaisses et de la perte la vue. Le facies est pâle, triste, indifférent; les malades sont mous, apathiques, paresseux. Les abcès froids, les tumeurs lacrymales avec carie de l'os unguis, les caries des phalanges, servent de transition avec la troisième période.

3e PÉRIODE. — Elle est caractérisée par les affections graves des viscères et des os et par la production de tubercules : c'est la période des écrouelles énormes, ulcérées, tuberculeuses; des tumeurs blanches, du mal de Pott, des caries du sternum et des côtes, du spina ventosa, des tubercules du cerveau, des méningites ultimes, de la phthisie pulmonaire, de la phthisie ganglionnaire, du carreau, des pleurésies et des péritonites tuberculeuses,

des diarrhées chroniques, des tumeurs de l'ovaire, des tumeurs mixtes du foie, du pancréas, des mamelles et des testicules; du mal de Bright, de la maladie d'Addison.

4e PÉRIODE. — *Cachexie*. Dans la forme commune, la cachexie n'arrive qu'après la troisième période; elle a des caractères tout à fait spéciaux : facies pâle, décoloré, terreux, bouffi; peau molle, flasque, pendante; pas d'amaigrissement excessif; infiltration séreuse; la fièvre hectique avec sueur colliquative est très-rare, à moins d'une phthisie pulmonaire coexistante; la peau est sèche et aride; l'appétit se conserve longtemps; le flux colliquatif le plus habituel de la scrofule est la diarrhée; les forces diminuent chaque jour; les malades sont dans une indifférence profonde et très-souvent ils meurent par syncope.

En résumé, voici l'évolution de la forme commune. Pendant le dentition, un enfant présente des achores ou croûtes de lait et se rétablit parfaitement; vers 7 ans, il est pris d'ophthalmie et d'écrouelles qui guérissent à la puberté; de 18 à 20 ans, ophthalmie grave; de 25 à 30 ans, phthisie, tumeur blanche, mal de Pott et caries diverses.

Mais cette évolution régulière et complète ne se rencontre pas constamment. Une période peut manquer complétement, et c'est habituellement le premier qui fait défaut; enfin des circonstances étiologiques puissantes peuvent modifier la marche type que nous avons donnée, soit en faisant éclore la scrofule dans un âge plus avancé, soit, ce qui est plus important, en imprimant à la marche des accidents une rapidité inaccoutumée.

Forme bénigne. Elle est constituée par des affections superficielles, guérissant parfaitement, et ne revenant qu'à de longs intervalles. On n'observe dans cette forme

ni tubercules, ni affections viscérales; des croûtes de lait, des blépharites, des ophthalmies légères; des écrouelles qui ne suppurent pas ou qui guérissent facilement constituent toute la maladie. A la puberté ces malades guérissent complétement et offrent toutes les apparences d'une forte constitution. Seulement les hommes ne supportent pas la fatigue, les femmes sont sujettes à l'avortement, à la dysménorrhée, à la leucorrhée et vieillissent de bonne heure. Les uns et les autres sont sujets aux catarrhes, aux engelures, à l'acné, etc., mais surtout ils engendrent des enfants plus sujets que les autres à la méningite tuberculeuse et à la phthisie pulmonaire.

Forme maligne ou *scrofule aiguë*. Elle se caractérise par la production de tubercules, et surtout par une marche très-rapide.

Cette forme présente de nombreuses variétés suivant la lenteur ou la rapidité de sa marche. La phthisie pulmonaire, qui peut tuer en quelques semaines, durer deux ou trois ans ou se prolonger presque indéfiniment, est un exemple des profondes différences que nous offre la forme fixe primitive.

La scrofule aiguë est constituée par le développement rapide et presque simultané des affections scrofuleuses les plus graves et revêt jusqu'à un certain point les allures du farcin. Ce sont des abcès multiples; des écrouelles énormes suppurées ou non; des caries rapides et simultanées de plusieurs pièces du squelette; puis des phthisies, des méningites, des péritonites, des pleurésies à marche rapide.

Forme fixe primitive. Elle se caractérise par une seule affection habituellement très-grave et qui constitue toute la maladie. La tumeur blanche, le mal de Pott, la carie d'un os, le carreau, les tubercules du cerveau, l'albumi-

nurie, la maladie d'Addisson, le lupus, la méningite de la base; les pleurésies et les péritonites suppurées; l'ophthalmie profonde avec perte de l'œil; peut-être l'angine couenneuse, mais surtout la *phthisie pulmonaire*, constituent la forme fixe primitive. Quoique l'existence isolée d'une seule affection constitue bien réellement cette forme, il n'est pas rare de voir apparaître, surtout pendant la cachexie, différentes affections scrofuleuses et en particulier des pleurésies, des péritonites, et principalement des diarrhées tuberculeuses.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la scrofule peuvent se rattacher à l'hypertrophie, à l'ulcération, à la suppuration et au tubercule. Ces lésions, qui ont pour caractère la chronicité, se suppléent quelquefois et alternent les unes avec les autres. Ainsi les eczéma et les impétigo alternent avec les ophthalmies; la méningite peut remplacer les écrouelles, etc.

Les *hypertrophies* scrofuleuses s'observent principalement dans les ganglions lymphatiques, où elles sont constituées par l'augmentation de l'élément cellulaire (hyperplasie). Ces hypertrophies sont susceptibles d'une résolution complète.

L'*ulcération* qui s'observe principalement à la peau, mais quelquefois aussi sur les muqueuses, se combine le plus souvent avec l'hypertrophie des tissus ulcérés et se complique facilement de phagédénisme.

Les *suppurations* scrofuleuses produisent le plus souvent un pus séreux et contenant des grumeaux de matière caséeuse.

L'ulcération et la suppuration reçoivent le nom de *carie* dans le système osseux. La carie scrofuleuse se présente sous trois aspects : *carie simple, carie avec séquestre, carie tuberculeuse*. La première est constituée par l'infil-

tration sanguine du tissu osseux, avec raréfaction de ce tissu et hypertrophie de la membrane médullaire. L'infiltration purulente succède à l'infiltration sanguine et il résulte de ces désordres un état fongueux des os, qui sont ramollis, ulcérés, et laissent échapper une suppuration sanieuse, noirâtre, et contenant de petits débris osseux.

La carie avec séquestre ou fausse nécrose se distingue de la précédente parce qu'elle s'accompagne de la mortification d'une portion osseuse très-notable et présente ainsi la réunion de la carie et de la nécrose.

La carie tuberculeuse est déterminée par le dépôt de matière tuberculeuse dans le tissu osseux. Cette matière tuberculeuse est collectée en un point ou infiltrée dans le tissu osseux. Dans ce dernier cas elle s'accompagne d'une hypertrophie interstitielle qui constitue une sorte d'éburnation et se termine par la nécrose.

La *spina ventosa* est une lésion propre aux os longs et cylindriques, elle est constituée par l'hypertrophie de la membrane médullaire et l'amincissement considérable de la partie compacte du cylindre osseux.

Le *tubercule* est un produit morbide caractéristique de la scrofule. Dans un grand nombre de cas cette lésion est tellement prédominante que Tessier l'a considérée comme formant la lésion spéciale d'une maladie qu'il a appelée la *diathèse tuberculeuse*. Cette opinion est adoptée aujourd'hui par un très-grand nombre de médecins; cependant nous nous sommes décidé à faire du tubercule une affection scrofuleuse, 1° parce que les scrofuleux engendrent des phthisiques et réciproquement les phthisiques engendrent des scrofuleux; 2° parce que les phthisiques en très-grand nombre ont été atteints d'affections scrofuleuses bénignes dans leur enfance; 3° parce que les cas dans lesquels la phthisie ne présente aucun signe de scrofules antécédentes ou concomitantes peuvent rentrer dans

la forme maligne au même titre que la méningite tuberculeuse, ou dans la forme fixe primitive comme le mal de Pott ou la tumeur blanche. Enfin le caractère de chronicité qu'on a voulu attribuer à la phthisie scrofuleuse est entièrement faux. Les scrofuleux peuvent présenter et présentent en effet toutes les formes de la phthisie depuis la plus aiguë jusqu'à la plus chronique.

L'histoire anatomique des tubercules sera mieux placée à propos de la phthisie pulmonaire.

Rapport de la scrofule avec d'autres maladies. La scrofule et la syphilis marchent séparément sur le même individu, seulement elles s'aggravent réciproquement. La scrofule favorise le phagédénisme et la syphilis est souvent l'occasion d'adénites qui deviennent le point de départ d'affections scrofuleuses.

La *goutte* et le *rachitisme* excluent habituellement la scrofule. Quand à la *teigne faveuse,* décrite si longtemps comme une affection scrofuleuse, elle est rangée aujourd'hui parmi les affections parasitaires, seulement les scrofuleux offrent un terrain très-favorable à son développement.

Étiologie. — L'hérédité de la scrofule est incontestable, mais elle n'est pas fatale ; et il y a des individus qui échappent à cette influence. La consanguinité ou l'âge avancé des époux favorisent l'action de cette cause. Sont-ce les enfants qui ressemblent au producteur scrofuleux qui héritent plus facilement de la maladie ? Sont-ce les premiers ou les derniers nés ?

La scrofule n'est pas *contagieuse* ou tout au moins elle ne semble pas inoculable puisque les tentatives faites dans ce sens sont restées infructueuses.

Nous devons cependant tenir compte de l'inoculation

du tubercule aux animaux, ce fait a une importance considérable dans l'étiologie de la scrofule.

En traçant l'évolution de la scrofule, nous avons dit tout ce qu'il était utile de dire relativement à l'*âge* où la scrofule se développe. Le *sexe* féminin est plus sujet à la scrofule que le *sexe* masculin.

Quant au *tempérament*, ce sont surtout d'après Bazin les individus bruns, aux formes sèches et grêles, qui en France présentent le plus grand nombre de scrofuleux. L'opinion qui attribue à la *race blonde* une grande disposition à la scrofule est un préjugé physiologique. La race blonde est certainement la plus forte et la plus énergique de toutes les races humaines.

La scrofule est une maladie de la *zone tempérée*, elle est aussi fréquente en Espagne qu'en France et en Angleterre; elle est inconnue en Islande, et paraît aussi complétement étrangère à la zone torride.

L'habitation dans les grandes villes, les logements humides, obscurs, mal aérés, sont des causes occasionnelles très-énergiques de la scrofule. L'alimentation insuffisante ou trop exclusivement animale; les excès vénériens, les grossesses trop rapprochées, et principalement les allaitements trop prolongés, sont encore des causes dont il faut tenir grand compte. La fièvre typhoïde, la coqueluche, mais principalement la rougeole, prédisposent à la scrofule.

Traitement. — La prophylaxie est très-importante dans le traitement de la scrofule. L'allaitement prolongé, le séjour à la campagne, l'habitation dans un appartement bien aéré, en plein soleil, une nourriture abondante et variée, les exercices du corps, les bains et les lotions froides, sont les meilleures conditions pour éviter le développement de cette maladie.

Traitement de la forme commune. Comme nous devons revenir, en faisant l'histoire des affections scrofuleuses, sur le traitement de ces affections, nous n'exposerons ici que les indications des principaux médicaments qui sont indiqués dans les scrofules.

Dulcamara, viola tricolor conviennent dans la première période; ils correspondent aux dartres humides, siégeant particulièrement à la tête et à la face avec gonflement des ganglions cervicaux. J'emploie toujours ces médicaments à la 3e dilution et je les alterne souvent.

Comium maculatum convient dans les mêmes cas; mais dans une période plus avancée il correspond aux écrouelles indurées, avec gonflement ganglionnaire; au goître; à l'eczéma humide, avec prurit considérable; aux affections des yeux, avec photophobie excessive; à l'otorrhée. Sa sphère d'action s'étend même à la troisième période de la scrofule, puisqu'il correspond à la carie des phalanges et à celle du sternum.

Dans la scrofule arrivée à sa troisième période, les principaux médicaments sont : *silicea, sulfur, hepar sulfuris, iodium* et *calcarea.*

Silicea est le grand médicament de la scrofule; il correspond aux pustules avec croûtes, aux ulcères, surtout quand ces affections siégent à la tête et aux extrémités; c'est le médicament des écrouelles suppurées et ulcérées. Il compte parmi ses symptômes le gonflement du ventre et du nez et la marche tardive chez les enfants. Le coryza épais; les otorrhées avec ou sans carie; la leucorrhée; les diarrhées chroniques; les ophthalmies avec ulcération de la cornée; les abcès froids; les suppurations prolongées avec carie des phalanges, des apophyses mastoïdes, des clavicules, des os longs; les tumeurs blanches; la phthisie avec expectoration purulente considérable, indiquent l'emploi de la silicea. La suppuration des os et

des parties molles est la caractéristique de ce médicament.

Sulfur, employé traditionnellement dans le traitement de la scrofule, est indiqué par les symptômes suivants : horreur du mouvement, grande fatigue, frilosité, gonflement du nez et du ventre, éruptions diverses, avec gonflement des glandes, gonflement des os et des jointures. Sulfur a guéri bon nombre de caries et de tumeurs blanches.

Hepar sulfuris est indiqué par des éruptions pustuleuses, par les glandes indurées et suppurées, par les affections des yeux, des os, des jointures et des viscères. Les dartres et les indurations sont les indications principales de ces deux médicaments.

Iodium, si généralement employé aujourd'hui, est avec *silicea* le meilleur médicament de la scrofule. Le gonflement et l'induration des glandes, l'amaigrissement avec boulimie, une tendance à la méningite tuberculeuse, sont les signes principaux qui doivent servir pour choisir ce médicament. Cliniquement il correspond à la carie, aux épanchements pleurétiques, à la phthisie, au tubercule. Il ne faut pas négliger l'action de l'iode dans le traitement des suppurations scrofuleuses avec ou sans carie. Les injections faites avec la teinture d'iode pure ou plus ou moins étendue d'eau, suivant la sensibilité des malades, sont d'un excellent effet pour empêcher la fièvre hectique, modérer la suppuration et amener des guérisons souvent inespérées.

Calcarea vient ensuite; il correspond surtout aux affections viscérales, à la phthisie avec diarrhées chroniques, quoiqu'il trouve encore son indication dans les caries et les tumeurs blanches.

Dans les *cachexies* amenées par de longues suppurations des viscères ou des membres, *arsenicum* rend

quelquefois d'incontestables services ; les diarrhées excessives, la lientérie, l'œdème des membres, un amaigrissement et une faiblesse excessive avec angoisse et agitation nocturne, sont les principales indications de l'arsenic.

Aurum, argentum, mezereum, asa fœtida, ont été employés avec succès ; asa fœtida surtout dans le traitement des caries scrofuleuses.

Les *eaux minérales* sont très-souvent fort heureusement employées dans le traitement de la scrofule. Les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées sodiques et iodées, sont les plus souvent prescrites, mais les indications en sont encore bien vagues.

Les chlorurées sodiques faibles, *Bourbonne, Balaruc ; Uriage* et *Saint-Gervais* surtout, qui sont en même temps un peu sulfureuses, conviennent dans la première période de la scrofule et comme prophylaxie.

Les *bains de mer froids,* lorsqu'ils sont bien supportés et qu'ils peuvent être prolongés pendant au moins vingt minutes, constituent la meilleure prophylaxie de la scrofule.

Les *eaux sulfureuses* des Pyrénées sont principalement indiquées dans la scrofule confirmée avec prédominance des affections cutanées.

Les eaux fortement chlorurées, contenant de grandes quantités d'iode et de brome, *Kissingen, Kreuznach, Nauheim, Salins,* en France, sont indiqués contre la scrofule grave avec affection des os.

DES DIATHÈSES

C'est une classe de maladie caractérisée par l'unité du produit morbide et la multiplicité du siége. Nous en décrirons trois : la diathèse cancéreuse, la diathèse purulente et la diathèse épithéliale.

LE CANCER.

Définition. — Le cancer est une maladie caractérisée : 1° par l'évolution dans un ou plusieurs points de l'économie du *tissu cancéreux;* 2° par la facile reproduction des affections qui ont été enlevées ou détruites; 3° par le développement fréquent d'une cachexie particulière.

Le *tissu cancéreux* est un produit morbide sans analogue, organisé, s'étendant par la désorganisation et la transformation en sa propre substance des tissus voisins et s'ulcérant indéfiniment.

Le cancer présente à étudier quatre formes bien distinctes et qui, de tout temps, ont attiré l'attention des médecins : la *forme commune,* la *forme aiguë,* la *forme chronique* et le *noli me tangere.*

I. *Forme commune* du cancer. La forme commune du cancer est caractérisée par la succession des périodes suivantes : 1° tumeur ou engorgement pouvant rester sta-

tionnaire pendant un temps plus ou moins long; 2° marche rapide et ulcération de cette tumeur; 3° cachexie et production de tumeur cancéreuse dans divers points de l'économie.

Cette forme est parfaitement tranchée; c'est elle qui a servi à faire l'histoire du cancer en général, et c'est sur la succession de ces symptômes que les auteurs ont basé leurs descriptions et leurs théories.

Première période. — Le premier symptôme qui annonce l'invasion du cancer, lorsque cette maladie se localise sur un organe accessible au toucher, est l'apparition d'une tumeur circonscrite ou d'un engorgement. La tumeur cancéreuse, au début, est petite, dure, mobile, inégale, rénitente, insensible à la pression et rarement douloureuse spontanément. L'engorgement est plus ou moins diffus, il occupe tout un organe ou seulement une partie de cet organe, il en augmente habituellement le volume; mais quelquefois cependant il le diminue dans certains points qui acquièrent alors une dureté excessive. L'engorgement cancéreux présente, du reste, les mêmes modifications de consistance, de forme et de sensibilité que la tumeur cancéreuse.

Lorsqu'au contraire l'affection cancéreuse qui marque le début de la maladie siége sur un viscère, elle se révèle par des symptômes divers, tels qu'hémorrhagies, douleurs, etc., ou bien encore par le trouble des fonctions de l'organe malade; mais ces désordres varient avec les affections cancéreuses, et ne peuvent être décrits qu'avec elles.

Ces engorgements et ces tumeurs constituent la première période du cancer; période dont la durée, fixée habituellement à trois ou quatre ans, est quelquefois beaucoup plus considérable et peut s'étendre à dix,

douze et quinze ans et plus. Pendant tout ce temps, il n'existe pas d'autres symptômes que la tumeur ou l'engorgement cancéreux, et la santé des malades semble parfaite.

Cependant nous devons excepter les cancers des viscères et ceux de l'estomac en particulier qui s'accompagnent quelquefois d'un commencement de cachexie dès le début de la maladie; mais ce sont là des exceptions, et on peut dire, d'une manière générale, que la première période de la forme commune du cancer est caractérisée par un symptôme unique, la présence de la tumeur ou de l'engorgement que nous avons décrits plus haut.

2e PÉRIODE. — C'est habituellement sous l'influence de l'âge, d'une inflammation ou d'une fluxion de l'organe affecté et aussi sans cause appréciable que débute la deuxième période. La tumeur se développe, augmente de volume, devient inégale, bosselée, pesante, douloureuse, s'entoure de veines volumineuses, et revêt enfin tous les caractères de l'affection que les anciens appelaient *cancer occulte*.

L'augmentation de volume de la tumeur ou de l'engorgement cancéreux se fait suivant deux modes bien distincts : ou bien cet accroissement est peu considérable, se fait lentement et s'accompagne d'une dureté plus grande de la tumeur, ou bien, au contraire, l'accroissement est plus rapide, le volume énorme, la consistance variable dans les différents points. Dans ce dernier cas, la tumeur est généralement molle, élastique et comme fluctuante; mais toujours ces tumeurs cancéreuses sont fort pesantes pour leur volume, ce qui les fait distinguer des lipomes et tumeurs solides avec lesquelles elles pourraient être confondues. Le développement rapide de la tumeur s'accompagne souvent de tous les signes d'une congestion

locale. Quelquefois l'accroissement de volume se fait tout à coup et la tumeur présente alors plusieurs points fluctuants. L'anatomie pathologique de ces tumeurs démontre que ces subites augmentations de volume sont dues à des hémorrhagies interstitielles.

Les *bosselures* sont un des caractères les plus constants du cancer à cette époque de son développement. Elles sont toujours inégales dans leur *volume* et dans leur *consistance*.

En même temps que la tumeur augmente de volume, elle contracte des adhérences avec les parties voisines; elle cesse d'être mobile. La peau, envahie dans sa région profonde, rougit d'abord, et prend bientôt une teinte violacée plus ou moins sombre. Cependant certaines tumeurs qui grossissent assez rapidement distendent la peau plutôt qu'elles ne l'envahissent et ne contracte d'adhérence que fort tard.

Ces progrès de l'affection cancéreuse s'accompagnent presque toujours de douleurs spontanées, qui d'abord fugaces, deviennent plus tard presque permanentes. Elles sont souvent *lancinantes*, mais elles peuvent revêtir les autres caractères de la douleur, quelquefois elles sont atroces; elles sont très-variables dans leur intensité et s'irradient habituellement dans diverses directions.

Si la tumeur est le siége de mouvements fluxionnaires ou inflammatoires, les ganglions lymphatiques voisins se tuméfient et deviennent douloureux. Cette tuméfaction peut diminuer ou même disparaître, mais elle ne tarde point à revenir. Les ganglions forment alors des tumeurs en chapelet ou agglomérées, qui subissent plus ou moins rapidement la transformation cancéreuse. Lorsqu'au contraire la marche des accidents ne s'accompagne ni d'inflammation ni de congestion, les ganglions ne se prennent pas.

Les progrès des tumeurs cancéreuses qui siégent sur des viscères situés profondément se révèlent à l'observation par des douleurs, des hémorrhagies, par des troubles non-seulement dans les fonctions de l'organe lésé, mais aussi dans celles des organes voisins qui se trouvent comprimés par la tumeur ou rendus immobiles par des adhérences nouvelles. C'est à cette période, par exemple, que les fonctions de la vessie sont troublées par le cancer de l'utérus chez la femme, du rectum chez l'homme. C'est alors que les cancers de l'estomac se propagent au foie ou au péritoine et déterminent des ictères, des hydropisies, des douleurs abdominales, des inflammations adhésives des intestins entre eux ou avec d'autres organes, et des troubles fonctionnels en rapport avec ces lésions.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent la deuxième période du cancer pendant les premiers mois de sa durée. Puis tous ces symptômes peuvent se suspendre et le médecin espérer que la maladie va redevenir stationnaire, mais au bout d'un temps variable elle reprend sa marche fatale. Il peut y avoir ainsi plusieurs rémissions avant l'ulcération de la tumeur. Cette marche périodique n'est pas constante et quelquefois les symptômes se succèdent d'une manière continue.

Arrivée au point où nous l'avons laissée, la tumeur ou l'engorgement cancéreux ne tarde point à s'ulcérer. Cette ulcération se produit de deux manières différentes : rapidement et par une large ouverture, ou au contraire lentement et presque d'une manière insensible. Dans le premier cas, il se forme dans la tumeur, soit des crevasses hémorrhagiques, soit des foyers inflammatoires et des suppurations partielles. Les téguments déjà adhérents à la tumeur se perforent et il s'écoule de la tumeur tantôt un liquide puriforme sanguinolent, et contenant des dé-

bris plus ou moins reconnaissables de tissu cancéreux; tantôt un sang pur plus ou moins abondant.

L'autre mode d'ulcération des affections cancéreuses est le plus fréquent; il s'observe surtout dans les engorgements et dans les tumeurs de petit volume qui revêtent une dureté considérable; mais on peut aussi l'observer sur des tumeurs grosses, molles, et rapidement développées. Il a lieu lentement et par une sorte d'exulcération qui se fait à la peau dans l'endroit le plus altéré et qui ne s'étend et ne se propage que fort lentement.

Arrivée à ce point, l'affection locale ne rétrograde plus, l'ulcération fait des progrès incessants qui ne se bornent jamais spontanément. L'ulcération envahit peu à peu et quelquefois rapidement d'autres parties de la tumeur, tandis que celle-ci se propage aux tissus voisins, tant en profondeur qu'en largeur, les convertit en sa propre substance et les dispose à l'ulcération; aucun tissu, aucun organe ne borne l'envahissement de cette affection. Les os qui sont usés ou repoussés par les autres tumeurs sont transformés par celle-ci, et au bout d'un temps plus ou moins long, l'ulcère présente une très-large surface.

L'ulcération cancéreuse présente des caractères divers, mais toujours elle repose sur un fond dur; toujours elle a une marche envahissante, jamais elle ne se cicatrise: souvent ces ulcérations marchent rapidement et présentent un fond inégal, creusé d'excavations donnant naissance à des végétations noirâtres, mollasses et saignantes qui souvent prennent rapidement un développement considérable et forment des masses irrégulières, pédiculées, qui ont reçu le nom de champignons cancéreux. Ces champignons, qu'ils soient enlevés par le chirurgien ou détruits par la gangrène, se reproduisent avec une rapidité incroyable. Souvent la surface ulcérée se creuse d'exca-

vations irrégulières plus ou moins profondes : ces excavations sont dues habituellement à la réunion de l'ulcère extérieur avec des foyers hémorrhagiques ou inflammatoires préexistants dans les points profonds de la tumeur; quelquefois aussi elles sont dues à des mortifications partielles. La gangrène qui détruit ainsi partiellement la tumeur cancéreuse peut aussi la détruire complétement, et c'est un point sur lequel nous reviendrons. C'est cette ulcération à marche rapide qui présente de vastes surfaces d'où s'écoule un ichor fétide, noirâtre, jaune, vert, et de temps à autre sanguinolent. Souvent elle est le siége d'hémorrhagies qui coulent en bavant, et quelquefois par jet, mais qui, dans tous les cas, sont fort difficiles à réprimer.

D'autres fois, l'ulcération cancéreuse marche plus lentement et s'accroît par un travail plus régulier sans produire ni végétation, ni excavation profonde; ses bords sont épais, durs, renversés, d'un rouge pâle, et son étendue est moins considérable que celle de la précédente, l'ichor qui s'en écoule est moins abondant, les hémorrhagies y sont moins fréquentes.

Mais ces deux aspects différents de l'ulcération cancéreuse peuvent se rencontrer à des époques diverses d'une même affection. Le premier se produit toutes les fois qu'il survient des inflammations ou des congestions dans la partie malade, soit que ces accidents dépendent de la marche de la maladie, soit qu'ils aient été provoqués par des violences extérieures, des applications irritantes ou caustiques, etc., etc.

3e PÉRIODE. — Nous avons dit que la cachexie pouvait se manifester dans toutes les périodes de la maladie. Mais elle arrive habituellement après l'ulcération de la tumeur. Elle est loin de se présenter toujours avec le même degré d'intensité, mais on peut toujours la reconnaître aux phé-

nomènes suivants : teinte livide ou jaune-paille des téguments, amaigrissement et bouffissure du tissu cellulaire, troubles digestifs divers, et enfin, multiplication des tissus cancéreux.

La cachexie commence habituellement par une décoloration des téguments, décoloration qui est surtout manifeste aux ouvertures muqueuses de la face; en même temps l'appétit et le sommeil diminuent; il y a quelquefois de la diarrhée; la faiblesse fait des progrès et l'amaigrissement commence; puis, et assez rapidement, la coloration livide remplace la pâleur que nous avons signalée. Cet état peut persister pendant quelque temps sans augmenter considérablement et même ne pas augmenter jusqu'à la mort, qui arrive tout d'un coup par une syncope ou par une maladie intercurrente.

Mais ordinairement à tous ces symptômes vient se joindre un mouvement fébrile irrégulier caractérisé surtout par la fréquence du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau. Les paroxysmes mal définis et irréguliers ont surtout lieu la nuit; ils sont caractérisés par l'augmentation des douleurs qui deviennent extrêmement violentes, profondes, ostéocopes, intolérables, et siégent sur divers points du corps. La perte du sommeil, de l'appétit, jointe à la diarrhée, qui quelquefois a revêtu à cette époque le caractère colliquatif, jettent les malades dans un amaigrissement considérable. En même temps apparaissent des œdèmes de nature variable : des affections des veines, et le muguet, signe avant-coureur de la mort.

Lorsqu'il se manifeste des hémorrhagies considérables pendant la cachexie, celle-ci affecte un caractère particulier. C'est alors que les malades sont décolorés, bouffis, extrêmement faibles, essoufflés, et présentent en un mot tous les symptômes de l'anémie. La teinte des téguments

affecte, dans ce cas, une coloration jaune-paille plus ou moins claire.

C'est à cette période de la maladie qu'apparaissent, dans différents points du corps, des tumeurs cancéreuses qui, dès leur début, sont molles et élastiques, grossissent rapidement et arrivent bientôt à l'ulcération. Les ganglions lymphatiques engorgés depuis longtemps s'ulcèrent alors, et souvent leur ulcération va se réunir à l'affection primitive. Mais un phénomène qni caractérise encore la période de cachexie, c'est qu'indépendamment de l'ulcération des ganglions engorgés et de la multiplication des tissus cancéreux dans les viscères, il se produit du cancer dans les veines. Un cordon dur et douloureux se forme sur le trajet d'une veine; les parties d'où naît cette veine s'infiltrent, et à l'autopsie on trouve dans ces veines des caillots en voie de transformation cancéreuse. Nous devons ajouter que les affections veineuses sont tantôt des phlébites, tantôt, d'après l'école moderne, constituées par la coagulation spontanée du sang. Ces caillots, formés en dehors de toute phlébite, seraient la source possible d'*embolie*, et de la mort par asphyxie rapide ou par syncope.

La mort, dans la forme commune du cancer, arrive de quatre manières différentes :

Ou bien les malades, épuisés par les évacuations colliquatives, le mouvement fébrile, les douleurs nocturnes et les hémorrhagies, arrivent, par degré et sans accidents nouveaux, au terme fatal;

Ou bien ils meurent tout d'un coup et sans que le dépérissement soit bien avancé : dans ce cas, l'autopsie démontre qu'ils ont succombé à une syncope;

D'autres fois, la mort arrive par le fait d'une phlegmasie intercurrente, siégeant ordinairement sur le poumon ou sur la plèvre;

Enfin, et à toutes les périodes de la maladie, la mort peut survenir à la suite d'accidents déterminés par le siége de l'affection. Tels sont les hémorrhagies foudroyantes causées par la destruction d'un tronc artérie. volumineux; les péritonites déterminées par les perforations de l'estomac; les accidents de compression déterminés par les fongus de la dure-mère, etc.

La guérison ne survient jamais sans l'ablation ou la destruction préalable de l'affection primitive. Cette destruction peut être spontanée; elle est alors produite par la gangrène de la totalité de la tumeur.

Sans discuter ici la question de l'opération du cancer, nous devons dire que, lorsqu'il y a récidive après l'ablation d'une tumeur cancéreuse, les accidents marchent habituellement avec une grande rapidité, et déterminent promptement la cachexie et la mort.

Anatomie pathologique. — Le tissu cancéreux est sans analogue, organisé, il s'étend par la transformation et la désorganisation des tissus voisins ; il s'ulcère indéfiniment.

Il présente plusieurs variétés :

1° L'*encéphaloïde*. Par sa vascularisation, sa consistance et ses bosselures, il ressemble grossièrement au tissu cérébral; il est d'autant plus mou et d'autant plus vasculaire qu'il s'est développé plus rapidement et présente souvent des foyers sanguins à divers degrés d'évolution, il peut s'enflammer, suppurer ou tomber en gangrène.

2° Le *squirrhe*. Plus dur, à peine vasculaire au début, variable d'aspect avec les tissus qu'il transforme lentement en sa propre substance. Il s'ulcère en restant dur ou se transforme en encéphaloïde et se ramollit.

3° La *mélæna*, dont la couleur noire est due au dépôt

d'un pigment granulé et qui est souvent mélangé d'encéphaloïde.

4° Le *colloïde*, composé d'une matière parfaitement transparente et amorphe, qui diffère de la gélatine et de toutes les matières connues. Le colloïde se vascularise graduellement et se transforme en encéphaloïde.

5° Le *fongus hématode*. C'est un tissu éminemment vasculaire, qui contient dans ses mailles du tissu encéphaloïde; ce tissu est quelquefois le siége d'un bruit de souffle.

On a cherché la *cellule cancéreuse*, c'est-à-dire un élément qui permît d'*unifier* les différentes variétés du tissu cancéreux. Les micrographes sont revenus de leur illusion et reconnaissent qu'il y a des tissus cancéreux qui ne présentent pas la cellule caractéristique. Quoi qu'il en soit, voici les caractères de cette cellule quand elle existe.

Les *cellules cancéreuses* sont variables dans leur forme et leur grandeur. Sphériques, ellipsoïdes, en raquette, leur volume varie de 0,007 à 0,06^{mm}, elles contiennent des noyaux qui varient de 0,015 à 0,005^{mm}. Ces noyaux existent quelquefois en très-grande abondance en dehors des cellules et sont libres dans la tumeur. Presque tous les noyaux contiennent des nucléoles qui varient de 0;002 à 0,003^{mm}.

Le tissu cancéreux se développe aux dépens des solides et des liquides coagulables du corps vivant. Ce développement se fait avec inflammation, congestion ou en dehors de ces deux modes pathogénétiques. Le tissu cancéreux varie avec le mode de développement; toutes les variétés peuvent se rencontrer dans la *forme commune* de la maladie. Les tissus cancéreux disséminés pendant la cachexie ne sont pas dus à des *métastases mécaniques*, ils se sont développés là où on les observe.

Forme aiguë. La forme aiguë du cancer est caractérisée : 1° par une tumeur ou un engorgement dont l'extension et l'accroissement sont extrêmement rapides; 2° par un mouvement fébrile qui apparaît habituellement dès le début; 3° enfin, par la terminaison fatale au bout de quelques mois. Il faut distinguer avec soin cette forme du cancer des récidives qui surviennent à la suite de l'ablation d'une affection cancéreuse. Ces récidives marchent habituellement beaucoup plus vite que l'affection primitive; mais cela ne suffit pas pour constituer la forme aiguë du cancer. Il faut encore distinguer cette forme de certaines affections de la forme commune, dans lesquelles la situation de la tumeur cancéreuse amène une mort très-rapide : ainsi le cancer de la glotte, par exemple.

Le cancer aigu débute par une tumeur qui marche rapidement; cette tumeur, qui se développe fréquemment dans les grandes cavités splanchniques, prend un développement considérable, et on peut chaque jour en constater les progrès; elle est généralement molle, et présente presque toujours une fluctuation plus ou moins manifeste dans plusieurs points qui contiennent du sang épanché ou de l'encéphaloïde extrêmement mou. Habituellement la mort survient avant que la tumeur ait atteint la peau ou une muqueuse, et par conséquent avant son ulcération ; mais, quand ce travail a le temps de se produire, il marche extrêmement rapidement. La fièvre se manifeste le plus souvent dès le début, la peau est sèche et brûlante, et, dans certains cas, on a constaté un redoublement le soir. Les douleurs sont très-variables, quelquefois excessives, intolérables, elles hâtent la fin des malades; d'autres fois elles sont nulles. Le marasme, la teinte de la peau et les autres phénomènes de la cachexie, se montrent de bonne heure, marchent rapidement et sont très-accusés. Cependant la multiplication du tissu cancéreux, dans des

points éloignés de l'affection primitive, n'est pas un fait très-commun dans cette forme.

Les malades meurent ainsi épuisés par les progrès de la maladie au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Anatomie pathologique. — Le tissu cancéreux que l'on rencontre dans cette forme du cancer est très-mou et très-vasculaire : c'est celui que l'on appelle encéphaloïde mou. Il est quelquefois crémeux, peu vasculaire, diffluent et a été comparé à la laite de poisson. (Voir une observation du cancer aigu dans ma thèse inaugurale.)

Forme chronique du cancer. Elle est caractérisée : 1° par une marche très-chronique et rémittente, dont les exacerbations sont suivies d'un état stationnaire très-long; 2° par l'absence de la cachexie cancéreuse, ou par son extrême bénignité quand elle existe.

Les premiers symptômes qui marquent le début du cancer chronique sont assez semblables à ceux qui marquent le début de la forme commune; mais l'affection primitive marche avec une extrême lenteur. Les fluxions et les mouvements inflammatoires sont fort rares dans les tumeurs de cette nature. Après avoir tardivement contracté des adhérences avec la peau, elles s'ulcèrent; mais l'ulcération cancéreuse, dans ce cas, marche avec lenteur, les ganglions voisins deviennent rarement le siége d'un engorgement inflammatoire ou cancéreux. La cachexie se montre à peine, la vie s'écoule, et les malades meurent, avant que le cancer ait fait de grands progrès, d'une maladie qui lui est tout à fait étrangère.

Quand les malades vivent longtemps, la cachexie se manifeste par une teinte de la peau ; jamais elle ne les empêche de se livrer à leurs occupations; seulement ils portent une tumeur ou un ulcère qui les gêne par son

poids, par sa position, ou par l'ichor fétide qui s'en écoule. Quelques-uns de ces cancers finissent par diminuer de volume en même temps qu'ils deviennent plus durs (cancer atrophique), mais ils ne disparaissent jamais complétement.

Il peut se développer des tissus cancéreux dans d'autres points de l'économie, mais ce fait n'est point constant.

Le tissu cancéreux, dans cette forme, est dur, fibreux, peu vasculaire et comparable à celui qui constitue la tumeur dans la première période de la forme commune.

Forme bénigne. Noli me tangere (Cancroïde, cancer épithélial). Cette forme de cancer a été généralement décrite sous le nom d'*ulcère chancreux* du visage, parce que c'est sur cette partie du corps qu'on l'observe le plus souvent; mais elle peut se montrer également dans tous les points où une membrane muqueuse s'unit avec la peau. Ainsi on la rencontre à l'anus, à la vulve chez la femme, au pénis chez l'homme. A la face, le *noli me tangere* siége surtout aux limites des principales ouvertures, aux lèvres, aux narines et sur le bord des paupières.

Cette forme du cancer est caractérisée : 1° par son siége dont nous venons de parler; 2° par l'extrême bénignité de l'affection locale pendant la plus grande partie de sa durée; 3° par les progrès rapides de cette affection, quand, par une circonstance quelconque, elle sort de l'état stationnaire; 4° par l'absence de la cachexie pendant presque toute la durée de la maladie; 5° enfin par le caractère propre de la lésion, qui est constituée pendant longtemps par des cellules épithéliales.

Cette forme du cancer débute de deux manières différentes. Le plus souvent elle commence par un petit bouton; d'autres fois l'ulcération se produit sur une surface endurcie, mais qui ne fait point tumeur.

Le bouton cancéreux ressemble à une verrue. Il est

recouvert d'une croûte; quand cette croûte tombe ou est arrachée, on trouve dessous un petit ulcère dont la surface est presque sèche. Ce petit bouton augmente très-lentement, et si on évite de l'irriter, il reste longtemps stationnaire; enfin il s'accroît, sa base s'élargit, l'ulcération s'étend peu à peu; mais, quand elle a atteint une muqueuse, elle fait des progrès très-rapides. Alors la maladie entre dans sa seconde période; elle est constituée maintenant par un ulcère rongeur qui va s'étendant chaque jour et qui détruit rapidement de grandes parties; la cachexie finit par s'établir, et les malades succombent ayant perdu une partie de la face ou des organes génitaux.

Quelquefois la maladie débute directement par un ulcère ou par des fissures irrégulières à bords durs et inégaux. Ces ulcères sont quelquefois le siége d'hémorrhagies et de douleurs lancinantes. Ils ont pour caractère distinctif de ne jamais se cicatriser; ils sont presque toujours uniques. Ce qui permet de les distinguer des ulcères syphilitiques et scrofuleux qui peuvent siéger dans les mêmes régions.

C'est vers la fin de la seconde période qu'apparaît la cachexie cancéreuse; rarement elle s'accompagne d'engorgements ganglionaires et de productions cancéreuses disséminées.

La durée de la première période peut être fort longue, celle de la seconde ne l'est jamais beaucoup. Cependant, tant que les signes de la cachexie ne se sont pas montrés, la vie n'est pas immédiatement menacée; mais une fois la cachexie établie, la mort ne tarde pas à survenir.

Anatomie pathologique. — Le *noli me tangere* est caractérisé anatomiquement par une tumeur dans laquelle on retrouve des cellules semblables à celles de l'épiderme.

Ce sont véritablement des *cellules épithéliales;* mais, quand la maladie a fait des progrès et que la cachexie s'est développée, on retrouve dans ces cancers le tissu et la cellule encéphaloïde.

L'opinion qui arrive à placer sérieusement le *noli me tangere* à côté des verrues et des cors aux pieds n'est pas soutenable. En effet, le *noli me tangere* est caractérisé par une petite tumeur qui s'ulcère indéfiniment, qui peut se reproduire après les opérations les plus attentives, qui détermine quelquefois l'engorgement des ganglions lymphatiques et la transformation de ces ganglions en tissu encéphaloïde, et enfin qui se termine par la cachexie cancéreuse et la mort; par conséquent le *noli me tangere* est un cancer, quels que soient d'ailleurs les caractères microscopiques que présente son tissu.

Étiologie du cancer. — Les causes occasionnelles qui peuvent déterminer l'apparition du cancer sont très-peu connues.

Les grands chagrins, les passions tristes ont généralement été regardés comme des causes occasionnelles de cancer, mais jamais ces assertions n'ont été prouvées.

Les coups, les irritations quelconques portés sur un organe ne déterminent de cancer que chez les cancéreux.

L'*âge* de la vie est un phénomène dont il faut certainement tenir compte dans l'étiologie du cancer; ainsi c'est généralement de trente-cinq à cinquante ans que la maladie cancéreuse se manifeste; mais cette période n'est point absolue, et il n'est pas rare d'observer des cancers même avant la puberté; cependant il faut observer que l'âge semble dans ces cas avoir une notable influence sur la localisation du cancer. Ainsi, ce sont en général des cancers de l'œil ou des bourses que l'on observe dans cette période de la vie.

L'hérédité, bien que son influence ait été exagérée, est une condition qu'il ne faut point négliger.

Quant à l'influence du *sexe* et à la fréquence plus grande du cancer chez la femme ou chez l'homme, c'est une question presque insoluble, et du reste sans importance.

Quant aux petites tumeurs accidentelles, aux *nævi materni*, elles dégénèrent très-facilement en cancer.

Traitement du cancer. — Nous avons vu que la mort était la terminaison naturelle du cancer, et qu'il n'y avait d'exception à cette règle que dans les cas où l'affection avait été enlevée ou détruite. Il est donc complétement inutile d'exposer les indications des diverses médicaments préconisés dans le traitement du cancer, puisqu'ils sont tous notoirement inefficaces. Cependant un certain nombre de médicaments employés à doses infinitésimales, et d'après la loi de similitude, réussissent assez bien à enrayer pour un temps la marche du cancer.

Les principaux de ces médicaments sont : *arsenicum*, *conium maculatum* et *iodium*. Tous les trois ont été vantés outre mesure et considérés comme de véritables spécifiques. Nous indiquerons, à propos de chaque affection cancéreuse en particulier, quels sont les médicaments qui peuvent, sinon guérir la maladie, du moins combattre certains symptômes et reculer, dans des limites malheureusement très-bornées, l'issue fatale du cancer.

La seule question que nous traiterons ici sera celle des indications et des contre-indications de l'opération dans le cancer.

On sait combien les médecins sont divisés sur cette opération du cancer; les travaux des anatomo-pathologistes et des micrographes ont presque tous été entrepris pour chercher la solution de ce difficile problème, et

nous pouvons dire hardiment que cette solution n'a pas encore été trouvée. Dans notre thèse inaugurale, nous avions cherché à résoudre cette question à l'aide des formes de la maladie, et nous croyons que là seulement se trouvera la solution tant cherchée. Nous disions à cette époque : il ne faut opérer ni le cancer aigu, ni le cancer chronique, parce que le premier s'accompagne de phénomènes cachectiques dès son début, et que la reproduction cancéreuse est extrêmement rapide; parce que le second est compatible avec une existence très-prolongée. Nous posions ce précepte qu'il fallait toujours opérer le *noli me tangere* dans sa première période, et nous pouvons constater que les recherches des micrographes n'ont fait que confirmer ce précepte traditionnel de la chirurgie. Restait et reste encore la forme commune, pour laquelle il est très-difficile de poser des règles sérieuses d'opération.

Les micrographes ont-ils trouvé la solution du problème? on a pu le croire un instant. La cellule cancéreuse a été (par hypothèse) considérée comme la caractéristique du tissu cancéreux; les tumeurs qui ne présentaient pas cette cellule ont été isolées sous le nom de pseudo-cancers (tumeur fibro-plastique épithéliale), d'où on a déduit ce précepte en apparence très-rigoureux : opérer les pseudo-cancers, n'opérer jamais le cancer à cellules. Mais les tumeurs fibro-plastiques ont souvent récidivé, amenant la cachexie et la mort comme de véritables cancers, ce qui renverse de fond en comble l'hypothèse d'une cellule cancéreuse caractéristique et pouvant servir à guider le chirurgien dans la question si délicate du cancer. En résumé, nous conseillons de s'abstenir de l'opération dans le cancer aigu, et dans le cancer chronique; l'opération devra encore être évitée dans la forme commune toutes les fois que

les tumeurs sont multiples, ou que la tumeur unique est très-volumineuse (Dupuytren), enfin quand la maladie est entrée dans la période de la cachexie.

En dehors de ces circonstances, nous n'avons plus aucune règle positive pour nous guider, à moins qu'une hémorrhagie incoercible, la compression d'un organe indispensable à la vie, ne vienne fournir au chirurgien des indications positives et étrangères à la nature de la maladie.

Quant au *cancroïde* ou *noli me tangere*, on doit toujours l'opérer dans sa première période. L'expérience traditionnelle et notre expérience propre nous font poser comme règle invariable de pratique cette opération, à l'aide de la pâte arsenicale, dont voici la formule :

Arsenic.	1 gramme.
Amidon.	8 grammes.

Cette poudre, délayée avec un peu d'eau, est étendue sous forme de pâte sur la surface ulcérée ou avivée avec le bistouri; on la recouvre et on la sèche avec un peu de charpie râpée, et on laisse le tout en place jusqu'à ce que l'eschare se détache.

Cette application est suivie d'une douleur brûlante et très-rarement d'une inflammation érysipélateuse. Tous ces symptômes diminuent après vingt-quatre heures et finissent par disparaître. L'eschare tombe après plusieurs semaines, laissant l'ulcère cicatrisé ou en voie de cicatrisation.

Quand l'ulcère cancéreux siége sur un bouton proéminent, il faut d'abord enlever le bouton avec le bistouri.

Quand l'ulcère cancéreux est très-étendu, il ne faut opérer que par petites portions et ne jamais recouvrir de pâte arsenicale un espace plus grand qu'une pièce de un

franc; sans cette précaution, on s'exposera à déterminer un empoisonnement et la mort du malade.

Le chlorate de potasse à haute dose, employé à l'intérieur et à l'extérieur, a donné quelques succès dans le traitement du cancer épithélial.

DE LA DIATHÈSE PURULENTE.

La diathèse purulente est une maladie caractérisée par la tendance des solides et des liquides coagulables de l'économie à subir la transformation purulente.

Cette maladie, qui, suivant des théories bien diverses, a reçu les noms d'*infection purulente*, de *phlébite*, de *pyoémie*, a une immense importance à cause de sa gravité et de sa fréquence chez les *femmes en couche* et les *opérées*. Quand elle surgit spontanément, elle affecte souvent les allures du rhumatisme articulaire avec lequel elle a été souvent confondue; elle représente assez exactement pour l'espèce humaine la *morve* des solipèdes; elle offre à étudier cinq formes : la *forme commune*, la *forme foudroyante*, la *forme maligne* ou *ataxique*, la *forme fixe primitive*, la *forme bénigne*.

Les circonstances étiologiques dans lesquelles survient la diathèse purulente ont une grande importance pratique et impriment à la maladie une physionomie particulière. Sous ce rapport, on pourrait décrire la *diathèse purulente spontanée*, la *diathèse purulente puerpérale* et la *diathèse purulente des opérés*. Mais, comme dans ces trois catégories la maladie peut revêtir les cinq formes

que nous avons indiquées, nous conserverons notre première division qui est la seule naturelle : néanmoins nous ne négligerons point les différences produites par le traumatisme et l'état puerpéral.

Forme commune. Elle débute par un mouvement fébrile caractéristique. Ce sont de gros frissons qui reviennent habituellement plusieurs fois en vingt-quatre heures et sont suivis d'une réaction intense pendant laquelle la chaleur de la peau devient considérable ; le pouls est grand et fréquent, la face colorée, la soif vive ; souvent dès le début apparaissent les signes d'une ou de plusieurs phlegmasies. Dans la diathèse purulente spontanée, ce sont, le plus souvent, des arthrites ; chez les femmes en couches, des métro-péritonites.

La maladie a une marche rapide ; les frissons se répètent tous les jours pendant les premiers temps ; le facies s'altère et prend une coloration jaunâtre qui n'est pas toujours de l'ictère ; les malades sont habituellement dans une indifférence profonde ; la faiblesse est portée à un point plus élevé que dans toute autre maladie, et les malades ont conscience de cette faiblesse, ce qui n'a pas lieu dans la prostration de la fièvre typhoïde ; des sueurs continues et une diarrhée fétide, abondante, s'établissent plus ou moins rapidement ; la langue est le plus souvent humide, large, blanche ou jaune ; elle se sèche quand la maladie s'aggrave, mais elle ne revêt que très-exceptionnellement une coloration noirâtre ; des abcès, des érysipèles, des phlébites apparaissent et marchent rapidement vers la suppuration pendant que les inflammations internes, pleurésies, péritonites, arthrites, suivent la même marche. Toutes ces suppurations ont pour caractère habituel d'être peu douloureuses et de marcher très-rapidement ; quelques heures suffisent à la formation d'abcès volumineux ; si, ce qui arrive le plus souvent, la

diathèse purulente s'est développée à propos de l'accouchement ou d'une opération, on observe des symptômes spéciaux d'une haute importance. A la suite des couches, les lochies deviennent puruleutes, putrides ou se suppriment tout à fait, en même temps que les mamelles s'affaissent et se tarissent. Si la malade va mieux, on voit reparaître et les lochies naturelles et la sécrétion laiteuses. Quand la diathèse purulente survient après une opération, la plaie se sèche, le pus devient séreux, les parties réunies se décollent, les moignons se rétractent; de même aussi, quand le malade va mieux, le pus s'épaissit, offre tous les caractères d'un *pus louable*, et la cicatrisation recommence. Les phénomènes qui se passent du côté de la plaie chez les opérés, et du côté de l'utérus chez les nouvelles accouchées, ont donc, au point de vue du pronostic, la plus grande importance.

Les forces baissent; le malade se refroidit graduellement et n'a plus de frissons; la respiration s'accélère; quelquefois il a un peu de divagation, mais les symptômes cérébraux sont très-peu marqués dans cette maladie, et la conservation de la connaissance jusqu'à la mort est encore un caractère qui la différencie de la fièvre typhoïde. Enfin, le malade succombe, soit par asphyxie lente, soit par une syncope, dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire. Il est fréquent d'observer une amélioration trompeuse dans les derniers jours de la maladie; la faiblesse et la fréquence du pouls doivent garder le médecin de toute illusion.

Si le malade doit guérir, les frissons cessent, la diarrhée et les sueurs colliquatives s'arrêtent, le pouls diminue de fréquence, les forces et le sommeil reparaissent, et la maladie marche franchement vers la convalescence, quand cette guérison a été obtenue dans le premier septénaire et surtout dans les quatre premiers jours;

mais, si la maladie n'a été enrayée qu'après la formation des abcès et des phlegmasies purulentes, il faut encore compter avec l'évolution de ces affections qui, lorsqu'elles siégent sur des organes importants comme le péritoine, la plèvre, le foie, le tissu cellulaire du petit bassin, peuvent déterminer des accidents mortels, ou tout au moins demander des semaines pour arriver à une heureuse terminaison.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par le peu d'intensité du mouvement fébrile et par le petit nombre des affections locales. Le mouvement fébrile s'annonce par un frisson suivi de chaleur et de sueurs, puis, au bout de vingt-quatre heures, la fièvre tombe complétement, le malade conservant une douleur dans un point. Le lendemain ou le surlendemain un accès fébrile, semblable au premier, se manifeste, quelquefois le malade en a un troisième, mais habituellement ils vont en décroissant d'intensité. Cependant l'affection locale se développe sous forme de phlegmon, de phlébite, d'arthrite. La marche fatale et rapide vers la suppuration ne se rencontre pas au même degré que dans la *forme commune*, et quelquefois les malades en sont quittes pour un ou deux abcès. Les localisations les plus graves par leur siége, comme les arthrites et les pleurésies, n'arrivent pas toujours à suppuration.

Pendant toute la durée de cette forme, le malade présente la coloration jaunâtre et la faiblesse propres à la diathèse purulente; quelquefois des engorgements inflammatoires du tissu cellulaire qui ne suppurent ni ne se résolvent, des phlébites adhésives survivent à la maladie et prolongent et entravent la convalescence.

L'*état purulent* décrit par J.-P. Tessier, rentre naturellement dans la *forme bénigne*. Cette variété de diathèse purulente s'observe presque exclusivement dans la con-

valescence des fièvres et en particulier de la petite vérole ou de la fièvre typhoïde. Elle est apyrétique et caractérisée presque uniquement par l'apparition d'abcès sous-cutanés très-multipliés. Ces abcès, presque indolents, sans changement de couleur à la peau, se forment avec une rapidité telle que, le plus souvent, la période d'induration phlegmoneuse passe inaperçue et que, d'un jour à l'autre, on constate de nouvelles collections. Cet état peut se prolonger plusieurs semaines, et il se termine habituellement par la guérison.

Forme foudroyante. Cette forme ne s'observe qu'en temps d'épidémie; elle est caractérisée par la violence et la marche extrêmement rapide des symptômes. La mort peut survenir en moins de vingt-quatre heures, et elle arrive toujours avant le quatrième jour.

Un mouvement fébrile intense, continu, avec exacerbation marquée par des frissons; un pouls grand, qui augmente sans cesse de fréquence en même temps qu'il diminue de force; une apathie qui dégénère en une sorte d'hébétude; une prostration extrême; une face vultueuse d'abord, puis pâle et cadavéreuse; des évacuations fétides et involontaires; pas d'affections locales bien déterminées; puis le refroidissement, l'asphyxie et la mort, souvent avant qu'aucune suppuration ait eu le temps de se produire : telle est la physionomie d'une forme trop facile à reconnaître quand on l'a vue une fois, et qui ne s'observe guère que chez les accouchées. Ajoutons qu'elle débute prématurément, au plus tard quelques heures après la délivrance, et dans un certain nombre de cas parfaitement authentiques pendant le travail même de l'accouchement, et, par conséquent, avant qu'un atome de pus soit formé et puisse rendre compte de ce que, dans leur langage figuré, les

partisans de l'infection appellent *un grand empoisonnement.*

Forme ataxique. Le désaccord des symptômes et l'extrême gravité qui s'observent dans les formes ataxiques, a ici pour caractère une apparente bénignité et l'entière sécurité des malades. Cependant le mouvement fébrile caractéristique avec frissons marque le début de la maladie. Les premiers jours, les malades conservent de l'appétit et toute la netteté de leur intelligence; mais l'affaiblissement croissant, le facies caractéristique ne laissent pas de doute au médecin; puis tout à coup, le troisième ou le quatrième jour, les accidents prennent une effroyable intensité; la face s'altère et devient livide; les évacuations colliquatives apparaissent; le pouls est petit, rapide, tremblant, insensible; la peau se refroidit, et les malades succombent habituellement avant la fin de la première semaine. Les suppurations internes et externes sont habituellement moins avancées que dans la forme commune.

Forme fixe primitive. Cette forme a pour caractère de ne présenter qu'une seule affection; cette affection est tantôt un phlegmon diffus, une phlébite, une pneumonie, une pleurésie, une péritonite, un phlegmon du petit bassin. Cette lésion marche vers la suppuration avec la rapidité que nous avons signalée dans la *forme commune* de la diathèse purulente; — vingt-quatre heures suffisent à l'évolution de l'hépatisation grise.

Les épanchements pleurétiques et péritonéaux sont d'emblée purulents. Trois ou quatre jours suffisent à la suppuration du tissu cellulaire de tout un membre ou d'une partie du tronc. Le pus n'est pas collecté comme dans le phlegmon; mais il s'étend au loin, transformant le tissu cellulaire, disséquant les muscles, mortifiant les os et les aponévroses. Cet effroyable travail de suppu-

ration s'accompagne de tous les symptômes déjà décrits à propos de la *forme commune*.

Ces symptômes généraux et l'extrême rapidité des suppurations empêchent de confondre la *forme fixe* de la diathèse purulente avec les phlegmasies essentielles termineés par suppuration après une évolution régulière. Les circonstances étiologiques : accouchement, opération, fatigues considérables, serviront aussi au diagnostic. Cependant il ne faut pas oublier que les femmes en couche sont sujettes à des accidents en dehors de la diathèse purulente ; ainsi la plupart des *abcès* de la *fosse iliaque* et des *phelgmatia alba dolens* sont des états morbides dépendant de l'accouchement et cependant distincts de la diathèse purulente.

Anatomie pathologique. — Des collections purulentes dans le tissu cellulaire ; des abcès, dits métastatiques, dans le poumon, le foie, les reins et la rate ; des inflammations suppurées des viscères ; mais principalement des péritonites, des pleurésies et des angéioleucites ; des pustules varioliformes et des pemphigus purulents ; une altération du sang qui va quelquefois jusqu'à la transformation purulente ; l'hypertrophie, le ramollissement de la rate, qui présente habituellement une double coloration : telles sont les lésions multiples que l'on rencontre à l'autopsie des malades qui ont succombé à la diathèse purulente. Le plus souvent la production du pus s'accompagne d'un travail inflammatoire évident, mais d'autres fois il n'en existe aucun signe, en sorte que le pus s'est formé sans inflammation.

La phlébite et les abcès métastatiques ont donné lieu à des discussions encore pendantes, et dont nous donnerons seulement les conclusions pratiques à propos de l'étiologie. Comme fait d'observation, nous devons noter dès

maintenant : 1° qu'un nombre très-notable de diathèses purulentes se développent sans phlébite; 2° que dans la phlébite il est de règle de trouver le pus emprisonné par des caillots ou par des fausses membranes; 3° que le pus se trouve libre dans les veines lorsqu'il s'est formé sans inflammation et par la transformation directe du sang en pus; 4° que les *abcès* dits *métastatiques*, subissent presque toujours l'évolution complète de l'inflammation, du ramollissement et de la transformation purulente, et que, par conséquent, ils ne sont pas produits par le transport mécanique du pus en nature.

Étiologie. — La diathèse purulente est épidémique et contagieuse, la variété puerpérale peut même être transportée d'une malade à l'autre par l'accoucheur; ce qui doit engager celui-ci à prendre les plus grandes précautions. Les auteurs qui regardent la diathèse purulente comme un empoisonnement du sang par le pus, comme une *infection purulente*, n'admettent pas que cette maladie puisse se développer sans l'existence d'une plaie en suppuration, source nécessaire de l'empoisonnement.

Cette hypothèse est renversée par l'existence avérée d'un certain nombre de cas de *diathèse purulente spontanée*, et dans lesquels la source nécessaire à l'*infection* manque complétement. L'étiologie de la diathèse purulente spontanée est fort obscure; elle est souvent confondue avec le rhumatisme articulaire, et les observations ne signalent guère que deux causes occasionnelles : la fatigue musculaire excessive et le refroidissement.

Le traumatisme et l'accouchement sont les deux grandes circonstances dans lesquelles on voit apparaître la diathèse purulente, et elle est d'autant plus grave qu'elle survient à une époque plus rapprochée de l'opération ou de la délivrance. Les piqûres d'amphithéâtre, la saignée et toutes

les opérations sur les veines; le cathétérisme, les calculs rénaux, les inflammations du rein, les opérations sur la vessie; les fractures compliquées de plaies, les suppurations osseuses de quelque nature qu'elles soient; les opérations par le bistouri, sont les circonstances propres à développer la diathèse purulente; et parmi toutes les suites possibles du traumatisme, la phlébite suppurée, plus que toute autre lésion, est l'instrument possible du développement de cette maladie.

Les circonstances de l'accouchement qui favorisent le développement de la diathèse purulente sont *les manœuvres et les opérations obstétricales*, la rétention de caillots et de parties du délivre ou des membranes, l'absence de l'allaitement.

Après l'accouchement, comme après les opérations, les circonstances étiologiques défavorables sont d'abord l'encombrement des malades, le chagrin, les excès, les refroidissements.

Les circonstances favorables sont l'isolement du malade, une nourriture suffisamment réparatrice, et toutes les conditions qui favorisent la cicatrisation, diminuent et suppriment la suppuration ; conditions que nous allons exposer à propos de la prophylaxie.

Traitement. — *Prophylaxie.* L'*isolement* des malades, la *désinfection* des salles dans les hôpitaux, désinfection qui s'obtient surtout en laissant les salles vides pendant quelque temps, et tous les moyens propres à rétrécir la plaie et à supprimer la suppuration, sont les vrais moyens prophylactiques. La réunion par première intention, et, quand elle ne peut être obtenue, le pansement des plaies avec un mélange par parties égales d'eau et d'esprit de vin, sont les moyens à employer après les opérations. Le seigle ergoté, à dose suffisante pour faire contracter l'u-

UofM

térus, l'allaitement, qui a des effets analogues au seigle ergoté, sont les moyens convenables pour effacer la cavité utérine et en chasser les caillots et les débris placentaires.

Arnica et *aconitum* à la 12e dilution, alternés toutes les quatre heures après les opérations et l'accouchement, nous ont semblé résister efficacement à l'invasion de la maladie.

Les circonstances d'accouchement fournissent des indications médicamenteuses spéciales, sur lesquelles nous reviendrons.

Aconitum et *arsenicum* sont, avec le *sulfate de quinine*, les trois médicaments principaux de la diathèse purulente. Le sulfate de quinine est indiqué toutes les fois que le retour régulier des frissons donne à la maladie l'aspect et les allures d'une fièvre intermittente. Il faut, dans ce cas, administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme, pris dans un temps très-court, deux heures au plus aussitôt après l'accès; j'ai obtenu des succès complets et rapides avec ce moyen dans la diathèse purulente puerpérale et dans celle qui succède aux opérations sur la vessie. Mais, en l'absence de l'indication que nous avons précisée, le sulfate de quinine est inutile dans le traitement de la diathèse purulente, et il ne faut pas se fier à sa vertu prétendue *tonique*.

Aconitum convient au début et dans la période d'état de la diathèse purulente, quand des accès bien nets n'indiquent pas le sulfate de quinine. Je me suis presque toujours servi de la 3e et de la 2e trituration, et ces préparations m'ont suffi. Je donne une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures. J.-P. Tessier préférait la teinture mère à la dose de 1 gramme, et jusqu'à 3 et 4 grammes.

Arsenicum convient lorsque *aconitum* a été insuffisant,

NOU

ou lorsque l'on est appelé quand la maladie est arrivée déjà à sa période de collapsus : pouls tremblant, chaleur âcre ou peau refroidie, évacuations colliquatives, facies décomposé. J'ai habituellement employé la 3e trituration.

Belladona, chamomilla, nux vomica, bryonia pulsatilla, remplissent des indications spéciales dans la diathèse purulente suite de couches.

Chamomilla convient quand il y a grande chaleur, avec frissonnement aussitôt que la malade se découvre : facies rouge, diarrhée verdâtre avec colique, suppression de la sécrétion mammaire.

Hartmann conseille *belladona* à la 30e dilution, comme un spécifique quand il y a engorgement partiel du sein, rougeur disséminée par rayons, et douleurs lancinantes dans les seins, coliques utérines, pesanteur dans l'hypogastre, ténesme rectal, lochies noires et fétides. Je l'ai toujours administré, ainsi que les autres médicaments, à la 3e dilution en gouttes, ou en trituration.

La matière médicale indiquera les cas spéciaux dans lesquels les autres médicaments devront être employés.

DIATHÈSE ÉPITHÉLIALE

(SYCOSE, MALADIE DES FICS).

C'est une maladie caractérisée par la production de petites excroissances de formes très-diverses, composées de tissu épithélial. Ces excroissances, dont le siége le plus fréquent est la sphère ano-génitale, peuvent prendre naissance sur tous les points de la peau et sur les parties de muqueuse revêtues de cellules épithéliales.

Hahnemann a rendu un véritable service en distinguant la sycose de la syphilis. Avant cette distinction nosologique, les malades atteints de diathèse épithéliale étaient presque tous impitoyablement soumis au traitement mercuriel, au grand détriment de leur santé.

Les circonstances *étiologiques* favorables au développement des fics sont : l'existence d'une blennorrhagie, et chez la femme la leucorrhée et un état de grossesse. L'absence des soins de propreté est encore une circonstance favorable à la manifestation de la diathèse épithéliale. Mais souvent la maladie se développe sans aucune cause appréciable.

Le siége le plus fréquent de la sycose est la sphère ano-génitale, où elle est constituée par des végétations accompagnées d'un suintement muqueux plus ou moins abondant. Tantôt ces végétations affectent la forme de petites excroissances allongées, plus minces à leur extrémité libre qu'à leur base, ces excroissances sont isolées ou réunies en groupes serrés ; tantôt des branches nombreuses végètent sur un tronc unique et présentent l'aspect d'un *chou-fleur;* d'autres fois la base est allongée, l'excroissance, dentelée sur son bord libre, ressemble à une *crête de coq,* ou a une *figue,* d'où le nom de *fic*. Sur la peau des mains et à la face, la diathèse épithéliale se montre sous forme de *verrue* et de *poireaux*. Elle donne naissance à un certain nombre de polypes du canal de l'urèthre et de l'utérus.

Ces productions épithéliales sont extrêmement rebelles et elles se reproduisent presque indéfiniment quand on les enlève par les moyens chirurgicaux.

Traitement. — Hahnemann conseille le *thuya* et le *nitri acidum* contre la diathèse épithéliale. Ces deux médicaments, donnés alternativement ou isolément, ont produit

de nombreuses guérisons. Dans les cas rebelles, Hahnemann conseille de toucher les fics avec la teinture de *thuya*.

Lycopodium est le médicament de la diathèse épithéliale quand les excroissances, au lieu d'être lisses, sont fendillées et rugueuses (Espanet).

Calcarea carbonica, silicea, bismuthum et *sabina* sont les autres médicaments de la sycose.

Nous rappelons qu'il faut ici une grande persévérance dans l'emploi du médicament choisi, et que plusieurs mois sont quelquefois nécessaires pour la guérison de la maladie. Nous prescrivons généralement la 30e dilution en globules; c'est celle qui nous a le plus souvent réussi.

DES CACHEXIES

Les *cachexies* constituent une classe fort importante de maladie; elles sont caractérisées par une tendance aux hémorrhagies, à l'hydropisie et à la gangrène, et par l'absence de produit morbide particulier.

La tendance aux hémorrhagies, à l'hydropisie et à la gangrène se manifeste à une époque encore peu avancée de la maladie ou au moins bien avant leur période ultime. Ce fait est fort important et suffit pour caractériser une classe de maladies. Nous décrirons les cachexies suivantes : la *chlorose*, le *diabète sucré*, la *maladie de Bright*, le *rachitisme*, le *scorbut*, le *purpura*, la *lèpre*, le *goître* et le *crétinisme*, la *cachexie exophthalmique*, la *maladie d'Addison*, la *pellagre*.

DE LA CHLOROSE.

La chlorose est une maladie propre à la femme pubère, et caractérisée par une cachexie particulière.

Nous disons que la chlorose est une maladie propre à la femme et en rapport direct avec la menstruation, parce que nous séparons radicalement la chlorose de l'*anémie* qui n'est point une maladie, mais une lésion commune à beaucoup de maladies. Nous n'admettons donc ni la chlorose des hommes ni celle des enfants, ni celle des vieillards. Nous remarquons cependant que les jeunes

filles peuvent être chlorotiques plusieurs années avant l'établissement des menstrues, pendant le travail d'évolution qui prépare la puberté, et que les femmes atteintes de cette maladie conservent quelquefois jusque dans la vieillesse un certain nombre de ses symptômes.

Les symptômes principaux de la chlorose sont : la diminution des globules du sang, d'où les palpitations, les bruits de souffle, et le plus souvent une pâleur remarquable ; une diminution notable des forces musculaires ; des impulsions maladives diverses ; des troubles de la digestion et de la menstruation. Tel est l'ensemble des symptômes que l'on rencontre dans tous les cas de chlorose ; mais ces symptômes constituent par leurs associations diverses, par leur intensité plus ou moins grande, par la prédominance de certains d'entre eux, des groupes différents qui peuvent être ramenés à trois principaux ; ce sont les formes de la chlorose : *forme commune, forme bénigne, forme grave.*

Forme commune. C'est celle qu'on observe le plus fréquemment et qui a servi de type à presque toutes les descriptions. C'est la chlorose vraie et légitime des auteurs ; elle est caractérisée par la multiplicité des symptômes, par la prédominance de l'aménorrhée et par une marche très-chronique.

On peut décrire la suite des symptômes en trois périodes : période d'*invasion*, période d'*état* et période de *cachexie*.

1° L'invasion peut être brusque, la maladie s'établir d'emblée et arriver en quelques heures à sa période d'état. Mais ce sont là des cas très-rares ; ils s'observent à la suite d'émotions violentes, et sont plutôt relatifs à la forme bénigne qu'à la forme commune de la chlorose.

Presque toujours la maladie se développe lentement et procède par des progrès presque insensibles.

Un sentiment de faiblesse musculaire; une tristesse et une apathie inaccoutumées ; de la fatigue par le plus léger exercice ; déjà un peu d'essouflement par un mouvement rapide ; de la céphalalgie ou au moins de la pesanteur de tête ; de l'inappétence et des douleurs d'estomac : tel est l'ensemble des symptômes qui annoncent l'invasion de la chlorose.

Si les règles ont déjà paru, elles diminuent, retardent, en même temps le sang devient plus pâle, et si la pâleur des téguments a fait défaut dans les premières semaines, elle apparaît alors et ne tarde pas à revêtir les caractères si tranchés qui ont servi à dénommer toute la maladie.

2° *Période d'état*. A cette période, les malades présentent un ensemble de symptômes très-caractéristiques. Tristes, indifférentes surtout, elles ont horreur du mouvement et de la conversation ; la face bouffie est d'une pâleur verdâtre et transparente que l'on a comparée à un teint de cire. Cette pâleur fait encore place de temps à autre, sous l'influence d'une émotion, du mouvement ou de la chaleur, à une rougeur vive qui occupe seulement les joues et tranche avec la pâleur du front et du menton. Ce phénomène est surtout marqué chez les blondes à peau fine et transparente.

Avec la pâleur de la face, on observe la décoloration des lèvres, des gencives et des conjonctives. A cette période, les forces musculaires sont très-notablement diminuées, un exercice prolongé est impossible, et presque tous les mouvements provoquent de l'essoufflement ou des palpitations; des lipothymies et des syncopes viennent encore témoigner du mauvais état du sang. Ces syncopes se produisent à l'occasion d'une station trop prolongée ou du séjour dans un lieu fermé et rempli de monde. Aussi est-ce principalement dans les églises

que les chlorotiques se trouvent mal et sont prises de syncope.

Cependant le pouls est plein, légèrement ralenti et s'accélérant au moindre mouvement. On constate facilement les bruits de souffle caractéristique de cette maladie, et un œdème variable ne tarde pas à se montrer; son siége habituel est aux malléoles. L'anorexie est habituelle, elle s'accompagne de dyspepsie et très-souvent d'appétit dépravé. Les règles manquent tout à fait et sont remplacées par une leucorrhée fort abondante, avec pesanteur à l'hypogastre et douleur de reins. Des névralgies diverses, des paralysies incomplètes viennent encore s'ajouter aux souffrances des malades. Les névralgies sus-orbitaires et intercostales sont les plus fréquentes; les paralysies sont rares et toujours incomplètes, un certain degré d'amaurose est celui qui s'observe le plus fréquemment. Cependant le sommeil est bon, et cet ensemble de souffrance peut se prolonger longtemps sans amener d'amaigrissement notable et sans compromettre sérieusement l'existence des malades.

3° *Période de cachexie.* La chlorose abandonnée à elle-même peut se prolonger presque indéfiniment au degré que nous venons de décrire; cependant, chez un certain nombre de malades, et sous l'influence d'un redoublement d'action des causes occasionnelles de la chlorose, la période de cachexie se produit.

La perte des forces est portée au point d'empêcher tout mouvement; les malades restent couchées ou assises; la pâleur est cadavéreuse; l'amaigrissement fait des progrès qui sont marqués par un œdème plus ou moins généralisé; les grandes cavités sont le siége d'hydropisie; les palpitations et la dyspnée sont extrêmes; l'état lipothymique permanent; une diarrhée débilitante, mais plus souvent des hémorrhagies multiples viennent encore

aggraver l'état des malades qui succombent habituellement soit à une syncope, soit à une complication terminale. Ces complications sont ordinairement inflammatoires, et les plus communes de toutes sont la pleurésie et la pneumonie.

Revènons un instant sur les bruits vasculaires qui constituent un des signes principaux de la chlorose.

L'auscultation du cœur permet de constater l'existence d'un bruit de souffle doux et prolongé au premier temps et à la base. Ce bruit n'est pas constant chez la même malade, et son intensité est en rapport avec l'accélération de la circulation.

Mais le signe caractéristique de la chlorose est un bruit de souffle perçu sur les vaisseaux du cou. Ce bruit de souffle est continu ou intermittent. Le bruit du souffle intermittent se passe évidemment dans les carotides et est la répétition du bruit qui existe à la base du cœur. Mais le bruit continu existe dans les veines jugulaires et surtout dans le tronc veineux brachio-céphalique. Aussi ce bruit a-t-il son siége presque exclusif du côté droit. Pour le percevoir, il faut que le sujet se tienne debout et porte fortement la tête dans la rotation sur le côté gauche. Cette position a pour résultat d'accélérer le cours du sang dans les veines du cou, parce que les faisceaux aponévrotiques qui protégent les veines et les tiennent béantes se trouvent distendus par la torsion de la tête. Ces bruits de souffle sont très-variables, doux, prolongés, à redoublement, musicaux. Ils ressemblent quelquefois à un ronflement : *bruit de diable;* d'autres fois, au son produit par le vol d'une mouche.

Anatomie pathologique. — *Altération du sang.* Le sang retiré des veines par la saignée présente un caillot très-

petit, entouré d'une sérosité très-abondante et recouvert le plus habituellement d'une couenne bien marquée. Le sérum contient les mêmes quantités de sel que dans l'état physiologique, seulement l'eau, qui doit être de 790/1000, peut atteindre jusqu'à 915/1000. La couenne est dure, ferme, sans rétraction. MM. Andral et Gavarret expliquent sa formation par la diminution des globules qui laisse prédominer la fibrine normale. Le sang chlorotique est moins dense qu'à l'état normal, et il résulte des analyses de Fœdisch, de celles d'Andral et Gavarret, et enfin de celles de Becquerel et Rodier, que les globules du sang, et par conséquent le fer, sont notablement diminués. Dans la chlorose, M. Hannon a constaté aussi une diminution du manganèse.

MM. Becquerel et Rodier ont rencontré cinq cas de chlorose, dans lesquels il n'y avait pas d'altération du sang.

Forme bénigne. Cette forme est toujours rapide dans son début, quelquefois même elle éclate brusquement à la suite d'une émotion morale. Le plus souvent on la voit se développer chez des filles de la campagne, qui viennent habiter les grandes villes. Au bout de quelques mois, elles pâlissent légèrement, elles éprouvent de l'essoufflement en montant; des bizarreries d'appétit; une diminution et un retard dans les règles; de la nonchalance, de l'apathie, de l'affaiblissement musculaire; puis, sous l'influence de quelques moyens thérapeutiques, d'un régime meilleur, toutes ces souffrances disparaissent après quelques semaines ou quelques mois de durée.

Forme grave. Heureusement plus rare que les deux autres, cette forme se distingue par la métrorrhagie et par le mouvement fébrile qui se montre dans une période avancée de la maladie : c'est la *fièvre blanche*

des anciens, la *fièvre hectique essentielle* de quelques auteurs. Trousseau a plus spécialement attiré l'attention sur la métrorrhagie.

Cette forme de la chlorose se développe souvent au moment de la puberté et à l'occasion de l'établissement des règles. On voit des jeunes filles qui sont menstruées pour la première fois perdre une quantité de sang très-considérable, et cela pendant dix et quinze jours. Ces règles trop fortes laissent les malades dans un grand état d'épuisement avec pâleur de la face, palpitations, état lipothymique et anorexie. Quelquefois l'époque suivante retarde, ce qui est une bonne chose pour la malade; mais le plus souvent, si aucun traitement n'a été fait, les règles reviennent en avance de huit ou dix jours, ressemblent à des pertes et aggravent considérablement la position des malades. Cet état peut se prolonger ainsi plusieurs mois, les malades ayant un écoulement de sang presque continuel ou au moins des règles extrêmement fortes et prolongées.

Alors les malades tombent dans la cachexie, pendant laquelle les règles continuent à venir trop fortes et à intervalle irrégulier; d'autres fois elles cessent tout à fait. Une faiblesse considérable, l'anasarque, les hydropisies des séreuses, une dyspnée et des palpitations croissantes, des névralgies, des troubles considérables du côté de l'estomac et de l'utérus, enfin, une véritable fièvre hectique, caractérisent la dernière période de la forme grave.

A ce moment, les malades succombent facilement, soit à une syncope, déterminée par une nouvelle et dernière hémorrhagie, soit à un hydrothorax, à une diarrhée colliquative ou à la suite d'une phlegmasie ultime.

Récidive. La récidive est facile dans la chlorose, surtout quand la guérison est récente; la plus légère cause suffit

alors pour faire reparaître la maladie : un chagrin, la mauvaise saison, une fatigue inaccoutumée, sont les occasions les plus fréquentes de ces rechutes.

Rapports de la chlorose avec d'autres maladies.

Phthisie. On a dit que la chlorose était une maladie antagoniste de la phthisie pulmonaire. Si on ne confond pas avec la chlorose l'anémie qui accompagne souvent la phthisie avancée, on verra que cette loi d'antagonisme est généralement vraie.

La chlorose est une condition favorable au développement de la *folie* chez les femmes qui y sont prédisposées ; on observe principalement cette transformation dans la chlorose suite de couches, ou d'allaitement trop prolongé.

Enfin, la cachexie chlorotique est un état évidemment favorable au développement des phlegmasies, puisque presque tous les chlorotiques qui meurent, succombent à une pneumonie ou à une pleurésie.

ÉTIOLOGIE. — *Causes prédisposantes.*

Age. La chlorose est constamment liée au développement de la puberté, c'est donc à l'âge où s'établit la menstruation que cette maladie sévit avec une grande fréquence ; mais il ne faut pas oublier que, même dans nos climats, il y a des menstruations précoces et ne pas s'étonner de rencontrer de véritables chloroses à l'âge de 9 et 10 ans. L'âge du retour est très-exceptionnellement une cause prédisposante de chlorose.

Hérédité. L'influence héréditaire est peu marquée dans la chlorose. Ainsi, il arrive fréquemment qu'une mère qui n'a jamais été chlorotique ait des filles sujettes à cette maladie, ou au contraire qu'une femme chlorotique

devienne mère de filles non chlorotiques. Si on cite des familles dans lesquelles plusieurs sœurs sont atteintes de chloroses, on pourrait en citer un plus grand nombre où la chlorose se produit sur un seul sujet.

Climats. Les climats humides et froids sont favorables au développement de la chlorose.

Profession, habitation, alimentation. Les professions sédentaires, celles qui entraînent à des veilles prolongées et qui s'exercent dans des ateliers où l'air est vicié par le trop grand nombre des ouvrières, prédisposent à la chlorose. Nous devons encore examiner parmi les causes : une alimentation insuffisante ou composée trop exclusivement de végétaux, la privation du vin, une habitation humide et privée de soleil; mais nous devons mettre en première ligne le passage de la vie des champs à la vie des grandes villes. Il ne faut pas croire cependant que la chlorose soit inconnue dans les campagnes ; la nourriture presque exclusivement végétale des paysannes, la privation du vin les prédisposent à la chlorose qui sévit souvent sur elles, mais qui éclate d'autant plus facilement qu'elles quittent le grand air et le soleil pour venir s'enfermer dans les villes.

Causes occasionnelles, émotions morales. Une *peur* violente peut faire développer la chlorose dans les vingt-quatre heures qui suivent son action.

Le *chagrin* est une cause bien plus fréquente de cette maladie, mais son action est plus lente.

La *suppression brusque des règles* soit par une émotion, soit par un refroidissement, est une cause occasionnelle très-puissante du développement de la chlorose.

La *grossesse*, d'après Cazeaux, serait une cause fréquente de chlorose ; nous devons y ajouter l'*allaitement trop prolongé* et la plupart des maladies *aiguës*, en particulier celles qui s'accompagnent de *pertes de sang*. Il ne faut pas

perdre de vue cependant que ce dernier ordre de causes ne développe que l'*anémie;* mais l'anémie est un accident commun qui devient le point de départ de la chlorose chez les femmes prédisposées.

Traitement. — L'étude étiologique qui précède guidera le médecin dans la prophylaxie de la chlorose et lui permettra d'empêcher le développement de la maladie quand il sera appelé en temps opportun.

Le fer est le médicament traditionnel de la chlorose; on a voulu en faire un véritable spécifique. Or, l'étude expérimentale de ce médicament sur l'homme sain a démontré que ce prétendu spécifique était un médicament parfaitement homœopathique puisqu'il produisait des symptômes analogues à ceux de la chlorose. C'est lui qui correspond le plus souvent à l'ensemble des symptômes et dont l'emploi doit être le plus fréquent.

Le fer est indiqué dans la chlorose par les symptômes suivants : face pâle et terreuse, lèvres décolorées; amaigrissement et bouffissure, œdème des malléoles; dyspnée qui diminue par un mouvement doux; palpitations; anorexie, inappétence pour la viande et les aliments cuits; appétence pour les acides et les crudités; vomissement d'aliments surtout la nuit; vomissement d'eau le matin; constipation; diminution et suppression des règles ou métrorrhagie; tristesse, apathie, faiblesse musculaire; fatigue extrême par le moindre mouvement; névralgies diverses.

On voit que le fer convient à un grand nombre de chlorotiques; cependant nous n'apprendrons rien aux médecins en leur disant qu'il ne guérit pas toujours et qu'il faut souvent avoir recours à d'autres médicaments. Mais un point sur lequel nous voulons insister c'est qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le fer est nuisible,

surtout quand il est administré à haute dose et d'une manière continue.

L'occasion de constater les mauvais effets du fer dans la chlorose est malheureusement trop fréquente. Un grand nombre de praticiens considèrent ce médicament comme un spécifique, croient très-fermement qu'on n'en saurait jamais trop prendre, et le prescrivent à dose d'autant plus considérable que la maladie loin de guérir s'aggrave chaque jour. Il se produit alors une sorte de chlorose ferrugineuse comme il se produit une fièvre intermittente quinique quand le quinquina est administré pendant longtemps et d'une manière inopportune contre la fièvre d'accès.

Les accidents qui viennent se surajouter à la chlorose lorsqu'elle est traitée à outrance par le fer à haute dose et que ce médicament n'est pas indiqué sont : des mouvements fluxionnaires qui aboutissent à des hémorrhagies et des inflammations diverses. Du côté de la tête, accès de rougeur des joues, avec céphalalgie et épistaxis ; du côté de la matrice, pesanteur et douleur hypogastrique, métrorrhagie souvent inquiétante ; du côté de la poitrine, dyspnée, toux et hémoptysie. Ces symptômes du côté des poumons sont trop souvent l'annonce d'une phthisie tuberculeuse. Ce fait est aujourd'hui incontestable, et dans une de ses leçons cliniques, Trousseau reconnaissait que la grande impulsion qu'il avait imprimée à l'emploi des martiaux dans la chlorose avait donné naissance à un grand nombre de phthisies pulmonaires.

Quand le fer est indiqué dans la chlorose, nous en donnons deux doses par jour pendant vingt jours, nous interrompons alors huit jours pour reprendre une autre série de vingt jours. Nous l'administrons toujours au moment du repas. Cette précaution est surtout indispensable quand on arrive aux doses massives. Nous commen-

çons ordinairement par la 3e trituration, dont nous donnons 10 centigrammes par jour. Si à cette dose nous n'avons pas de résultat, nous donnons la substance même à la dose de 1 à 5 centigrammes par jour. C'est le *fer réduit* que nous prescrivons toujours.

Telles sont les règles qui doivent guider le médecin pour l'emploi du fer dans la forme bénigne et dans la forme commune de la chlorose. La *forme grave*, compliquée de métrorrhagie, demande tout particulièrement l'emploi du perchlorure de fer. Nous avons obtenu de bons résultats avec la 3e et la 6e dilution ; mais il ne faut pas hésiter à employer des doses plus massives dans les cas qui résistent aux dilutions.

Les médicaments qui, après le fer, sont le plus souvent indiqués dans le traitement de la forme commune de la chlorose sont : *pulsatilla, sepia, natrum muriaticum, lycopodium, conium maculatum, arsenicum, kali carbonicum, ignatia, graphites, nitri acidum* et *cicuta*.

Pulsatilla est indiquée principalement par l'affection utérine, si commune dans la chlorose. Retard, diminution, décoloration, puis suppression des règles. Leucorrhée laiteuse, quelquefois concrète, coulant surtout avant et après les règles, quelquefois augmentant périodiquement et semblant les remplacer; accompagnées de coliques, de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs de reins.

Les autres symptômes qui indiquent la *pulsatilla* sont : la céphalalgie lancinante, siégeant dans une des bosses frontales; les névralgies diverses; les diarrhées; les vomissements, les palpitations, un sentiment de frilosité, la tendance à rester assise, retirée dans un coin, l'horreur du mouvement et de la conversation; la douceur de caractère.

Sepia doit être étudiée comparativement avec *pulsa-*

tilla, parce que ce médicament trouve, lui aussi, son indication principale dans l'affection utérine. L'aménorrhée est moins marquée dans la sepia que dans la pulsatilla, et les règles, bien que diminuées, arrivent souvent en avance. La leucorrhée est tantôt épaisse, jaune-verdâtre, fétide; tantôt aqueuse, à peine colorée ou rougeâtre; souvent elle est pruriante; elle s'accompagne de ballonnement du ventre, de douleurs et d'élancements dans l'utérus, de maux de reins. Les autres symptômes qui indiquent la sepia, sont : la céphalalgie et les grandes taches sales et terreuses sur la figure.

Natrum muriaticum est principalement indiqué dans les affections de l'estomac, avec nausées, écoulement d'eau, vomissements d'aliments, faiblesse et sentiment de défaillance. Il y a, en même temps, appétence pour les acides et répugnance pour la viande, le pain et la plupart des aliments cuits; les règles peuvent être rares et supprimées ou au contraire fortes et trop prolongées. Elles avancent presque toujours.

Lycopodium. Ce médicament présente une image assez complète de la chlorose : grande faiblesse, horreur du mouvement, pâleur des téguments; palpitations, dyspnée; céphalalgie frontale, pulsative, augmentant le soir; règles supprimées par une peur; leucorrhée jaunâtre ou rougeâtre, précédées de coliques utérines et accompagnées d'excoriation de la vulve; anorexie avec grande appétence pour les douceurs.

Arsenicum. L'arsenic est un des meilleurs médicaments de la chlorose. Sa pathogénésie représente tous les symptômes de la forme commune de cette maladie; aussi, peut-on hésiter entre ce médicament et le fer. La prostration excessive, l'œdème considérable, des palpitations violentes et irrégulières, avec appétence marquée pour les acides et l'eau-de-vie, et par-dessus tout, une

anxiété extrême, serviront à préciser les indications de l'arsenic.

Kali carbonicum est signalé par tous les auteurs comme un médicament efficace dans la chlorose, je n'en ai jamais retiré de grands secours. Il est surtout indiqué par les retards de la première menstruation. Il offre comme symptôme gastrique une forte appétence pour le sucre.

Ignatia et *graphites* alternés, le premier avant, le second après le repas, conviennent fréquemment contre la dyspepsie chlorotique. De plus, *graphites* est encore indiquée par les souffrances utérines suivantes : règles en retard, faibles, pâles ou supprimées; coliques violentes pendant les règles; leucorrhées aqueuses, avec tension du ventre.

Sulfure. Ce médicament est fort recommandé par Hartmann dans la chlorose; mais nous l'avons très-rarement employé. Il offre pour caractère : l'affaiblissement musculaire, avec apathie et horreur du mouvement; la pâleur de la face; la dyspnée; les règles en retard, pâles, diminuées, ou même supprimées; une leucorrhée corrosive. L'auteur que nous citions alternait souvent *sulfur* et *pulsatilla*.

China est indiquée dans la forme grave après les hémorrhagies et dans la cachexie avec mouvement fébrile rémittent, œdème et diarrhée.

Conium maculatum, *cicuta* et *nitri acidum* couvrent certains symptômes de la chlorose; mais ils sont principalement indiqués par le *pica*. *Cicuta* offre dans sa pathogénésie un violent désir de manger du charbon, et *nitri acidum* une appétence pour la craie, la terre, la chaux et le hareng.

Nux vomica est aussi indiquée par le désir de manger

de la *craie ; bryonia* par une appétence pour des choses qui ne se mangent pas.

La *forme grave* de la chlorose présente une indication toute spéciale; c'est celle tirée des métrorrhagies qui constituent le caractère principal de cette forme.

Calcarea, ignatia et *arsenicum* sont les trois médicaments qui conviennent pour prévenir la perte; *ledum, palustre, tlaspic, china, secale cornutum, sabina, crocus* et *ferrum perchloricum* sont indiqués contre la perte elle-même.

Calcarea et *ignatia* conviennent principalement chez les malades dont les règles trop abondantes avancent considérablement; *ignatia,* chez les jeunes filles mélancoliques, pleurant facilement, et d'une impressionnabilité nerveuse comparable à celle des hystériques. Les règles s'accompagnent de coliques et de caillots.

Calcarea convient davantage chez les jeunes filles scrofuleuses. Ces malades sont généralement grosses et fortes en apparence, et avant d'avoir été épuisées par la maladie, elles sont très-colorées; bien que présentant quelquefois une tristesse hypochondriaque, elles sont le plus ordinairement colères, entêtées, et d'un caractère désagréable.

Ces deux médicaments sont surtout propres à régulariser la menstruation et à empêcher les époques d'avancer; mais très-souvent, après avoir produit cet effet, ils laissent les malades soumises à des pertes très-abondantes.

Arsenicum est alors le médicament principal pour combattre la tendance de ces pertes.

Ce médicament doit être prescrit pendant tout l'intervalle qui sépare les époques, à la dose de 5 centigrammes de la 2e ou de la 3e trituration, matin et soir.

Ledum palustre, tlaspic, ferrum, perchloricum, china, secale cornutum et *sabina* sont les médicaments principa-

lement indiqués pendant la métrorrhagie. Les indications particulières seront données à propos du traitement de la métrorrhagie.

Les bains de mer et les eaux minérales, ferrugineuses et arsenicales sont d'un très-grand secours dans le traitement des chloroses rebelles. Parmi les eaux minérales nous citerons au premier rang : Spa, Royat, Luxeuil, Saint-Moritz et Orezza. Ces deux dernières peuvent être employées loin de la source.

Les bains de mer ont une action considérable sur les règles. Dans la forme commune de la chlorose ils augmentent les règles ou les font reparaître si elles manquent tout à fait, et dans la forme grave, ils retardent et diminuent considérablement l'écoulement menstruel.

J'ai constaté maintes fois cette action en apparence contradictoire du bain de mer dans le traitement de la chlorose; mais il ne faut pas oublier que pour produire tout son effet le bain de mer doit être supporté pendant au moins vingt minutes. On reconnaît que la malade peut, sans inconvénient, prolonger son bain, si, après la première impression de froid, elle se trouve bien dans l'eau et si, après le bain, la réaction est franche et facile.

Chez les malades qui ne peuvent supporter le bain froid ou qui sont dans l'impossibilité d'aller à la mer, je me suis très-bien trouvé des bains de mer chauds pour diminuer l'intensité des règles.

DU DIABÈTE.

Le diabète est une maladie caractérisée par la présence de la glycose dans les urines, et par une cachexie parti-

culière dont le caractère principal est une tendance à la tuberculisation et à la gangrène.

Le diabète et la glycosurie. On est d'accord pour distinguer le diabète de la *glycosurie*. La glycosurie est un symptôme caractérisé par la présence de la glycose dans l'urine, mais sans aucune tendance à la cachexie. Ce symptôme s'observe dans certaines affections cérébrales, après une contusion de foie, dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone, le curare, le chloroforme et l'éther. Des médecins ont signalé la glycosurie dans les névroses, l'hystérie et l'épilepsie, par exemple ; dans les maladies qui gênent la respiration : l'asthme, la phthisie, etc. On l'observe exceptionnellement dans certaines conditions physiosologiques : l'état de grossesse et l'allaitement, la vieillesse, l'état fœtal ; après l'ingestion d'une quantité considérable de sirop ou de miel ; après des émotions morales violentes, etc.

Division. — Le diabète se présente à l'observation sous quatre formes : *forme commune, forme aiguë, forme consomptive, forme irrégulière.*

Forme commune. La forme commune du diabète débute le plus souvent de 40 à 50 ans, chez des personnes d'une constitution très-forte en apparence. Gros, gras, sanguins, avec un système musculaire puissant et une charpente osseuse bien développée, les prédisposés au diabète paraissent doués d'une santé qui semble devoir être inaltérable. La maladie présente deux périodes bien distinctes : une première, généralement assez longue, compatible avec l'intégrité de la plupart des fonctions et les *apparences* de la santé ; une ultime, courte et rapide, caractérisée par le développement de tous les symptômes cachectiques.

La maladie débute par l'augmentation de la soif, l'al-

tération des urines, la diminution des facultés viriles et l'apparition successive d'abcès et de furoncles ; en même temps, il survient une courbature habituelle, de la somnolence diurne, et, malgré un accroissement considérable de l'appétit, un certain degré d'amaigrissement. Il est rare que dès le début le caractère du malade ne subisse pas un changement notable. Les malades deviennent colères jusqu'à la violence, soupçonneux et hypochondriaques.

L'urine est très-abondante, plus que les boissons; elle est moins colorée, se trouble par le refroidissement et ressemble alors à de l'eau miellée ; elle est claire et a perdu l'odeur urineuse. Quoique claire elle est lourde et pèse de 1027 à 1049 ; à l'analyse chimique, elle présente une quantité de glycose qui varie d'un 30e à un 7e.

Procédé pour reconnaître la glycose dans l'urine. Bouillie avec de la potasse et surtout du lait de chaux, l'urine prend une coloration brun foncé.

Mis avec une portion de potasse caustique et un morceau de deutosulfate de cuivre dans une éprouvette, l'urine des diabétiques réduit *à froid,* et en moins de vingt-quatre heures, le sel de cuivre, et donne lieu à un précipité d'un jaune rougeâtre plus ou moins foncé. Le même phénomène se produit instantanément en faisant bouillir l'urine diabétique avec le liquide cupro-potassique (liqueur de Bareswill). Enfin, examinées au polarimètre, ces urines dévient le rayon rouge à droite. Les urines des diabétiques contiennent une quantité normale et quelquefois un excès d'acide urique.

Le diabète peut persister à ce degré pendant un temps extrêmement long, et, avec des précautions hygiéniques suivies très-persévéremment, cette maladie est compatible avec une très-longue existence. Cependant il faut savoir que le diabétique est sujet à des *accidents* qu'il ne

lui est pas toujours possible d'éviter et qui changent singulièrement ce pronostic.

La gingivite expulsive, des éruptions pruriantes et squameuses, siégeant principalement aux mains; l'absence de transpiration, une grande sensibilité au froid alternant avec un état tout contraire, le prurit vulvaire, l'impuissance avec phénomènes de pertes séminales, l'inflammation du canal de l'urèthre et une sorte de blennorrhagie, la presbytie, l'amaurose, la cataracte, sont des affections fréquentes chez les diabétiques et qui rentrent dans le tableau symptomatique de la maladie ; mais ces accidents ne compromettent pas la vie du malade et diffèrent en ce point de ceux qui nous restent à décrire.

Ces accidents graves sont les abcès, les gangrènes et les affections cérébrales.

Les abcès surviennent à périodes irrégulières; ils ne sont pas accompagnés d'une grande inflammation et se terminent par la formation d'un pus rosé-sanguinolent tout particulier. La formation de ces abcès est accompagnée d'une grande faiblesse et d'amaigrissement sensible. Quelquefois ils sont petits, mais très-multipliés, et des malades en présentent des successions pendant des mois et même des années.

Phlegmon diffus. Quelquefois l'abcès diabétique revêt la forme du phlegmon diffus, et s'accompagne de la mortification d'une quantité plus ou moins considérable de tissu cellulaire.

Abcès anthracoïde (de Marchal, de Calvi). Les abcès diabétiques se présentent encore sous une autre forme, forme toute spéciale à cette maladie. L'affection débute par un petit point comparable à une pustule d'acné. Sous cette pustule un anthrax se développe, un gonflement énorme survient, gonflement qui se termine par un énorme phlegmon. D'autres fois, le tissu cellulaire en-

flammé et suppuré reste très-induré, et la résolution est extrêmement longue à se faire. Ces grands abcès gangréneux se terminent souvent par la mort; dans tous les cas, ils donnent une mauvaise impulsion à la maladie et la précipitent vers la cachexie.

Gangrène diabétique. La gangrène diabétique a été surtout étudiée par Marchal (de Calvi). C'est un accident très-fréquent et qui revêt des formes bien diverses : anthrax, gangrène du poumon, gangrène des extrémités, gangrène de la peau, ulcération gangréneuse phagédénique.

L'anthrax est la forme la plus commune. Cette affection se développe le plus souvent à la nuque ou au dos; la destruction des tissus est considérable, et quoique la plupart du temps les malades échappent à cet accident, ils n'en restent pas moins fort affaiblis et ayant fait un pas considérable vers la cachexie.

La *gangrène de la peau* procède par plaques irrégulières plus ou moins étendues, siégeant habituellement aux membres inférieurs et détruisant toute l'épaisseur du derme.

La *gangrène des extrémités* comprend le sphacèle des orteils, du pied ou d'un membre inférieur dans sa totalité; le diabète revendique une bonne part des gangrènes dites *gangrènes séniles*. Un caractère presque constant de la gangrène diabétique, c'est de procéder par inflammation. Ainsi, la gangrène des membres est toujours précédée dans sa marche envahissante d'un cercle inflammatoire qui annonce et prépare la mortification. Ce symptôme est un bon signe diagnostique pour différencier la gangrène diabétique de la *gangrène sénile*.

L'*ulcère gangréneux phlagédénique* diabétique est un accident rare d'une persistance désolante et qui détruit peu à peu des parties considérables.

La *gangrène du poumon* est un accident mortel qui peut

survenir à toutes les périodes de la maladie. C'est plutôt une sorte de ramollissement qu'une gangrène véritable, car, dans la plupart des cas, la partie n'exhale pas d'odeur spécifique.

Enfin, mentionnons encore des accidents cérébraux divers, des coma, des apoplexies, l'éclampsie, et tous les accidents cérébraux de l'albuminurie.

La vie des diabétiques, alors même qu'ils sont encore bien loin de la période cachectique, est donc sans cesse menacée par les accidents aigus les plus graves. Une écorchure, une ampoule peuvent devenir le point de départ de gangrènes mortelles; un excès, un refroidissement peuvent déterminer des abcès, des pneumonies, des gangrènes pulmonaires ou des bronchites, qui ne sont qu'une première étape vers une phthisie ultime.

Enfin, si la mort immédiate n'est pas toujours la suite de ces divers accidents, elle en est toujours la conséquence indirecte par le développement de la période cachectique.

Période ultime. L'amaigrissement fait des progrès rapides, les forces s'en vont tout à fait; l'appétit baisse et surtout les digestions se troublent, et par-dessus tous ces symptômes apparaît la phthisie diabétique, qui désormais tiendra et dominera la scène morbide : toux, hémoptysies répétées, fièvre hectique, évacuations colliquatives, et mort plus ou moins rapide.

Forme consomptive. C'est la forme qui a été connue la première et qui pendant longtemps a servi de type à la description de la maladie; elle est caractérisée par une marche plus rapide, une durée qui ne dépasse pas deux années; la cachexie est apparente dès les premiers mois de la maladie.

La maladie débute par une soif excessive, une boulimie marquée et un amaigrissement qui fait des progrès

chaque jour. Les affections diabétiques de la forme commune sont rares dans la forme consomptive ; la phthisie pulmonaire est ici l'affection dominante, elle apparaît souvent avant la fin de la première année, et elle marche avec une effrayante rapidité.

Cette forme de diabète n'attaque pas, comme la précédente, les constitutions fortes, les individus bien nourris ; elle sévit de préférence sur des constitutions affaiblies par des excès, des pertes, des privations. C'est le diabète des pauvres.

Forme aiguë ou foudroyante. Cette forme, caractérisée par l'intensité et la marche rapide des symptômes, est la plus rare de toutes. On en trouvera deux observations dans le livre de Marchal (de Calvi), p. 315 et suiv. Dans cette forme, les malades sont enlevés en quelques semaines par une affection diabétique, phthisie aiguë, gangrène du poumon, mais surtout par les anthrax compliqués de phlegmon diffus si particuliers aux diabétiques.

Forme irrégulière ou anormale. Il y a des diabètes qui ne peuvent être classés dans aucune des formes précédentes, et qui sont surtout caractérisés par une marche irrégulière, et par des symptômes insolites.

Nous citerons les diabètes qui alternent avec des diarrhées chroniques, des attaques de goutte, ou même avec des intervalles assez longs de santé parfaite. Mais ce sont surtout les névroses qui interviennent ici et donnent à la maladie une physionomie toute particulière. L'hystérie, l'hypochondrie, l'aliénation mentale, alternent ou concourent avec les symptômes du diabète. C'est dans ces cas qu'on observe quelquefois des impulsions génésiaques extraordinaires et en contradiction avec la frigidité habituelle aux diabétiques. J'ai soigné un artiste distingué, arrivé à l'âge de 55 ans, diabétique depuis plusieurs années, atteint d'une aliénation caractérisée par la crainte

des voleurs, et en proie à des hallucinations en rapport avec ce délire. Cet homme avait tous les jours plusieurs rapprochements sexuels complets. Les impulsions suicides et homicides se rapportent encore à cette forme de la maladie.

Telles sont les formes sous lesquelles se montre le diabète. Existe-t-il une forme bénigne de la maladie? J'ai vu quelques cas qui me portent à le croire; mais cette maladie est si bénigne en apparence dans la première période de la forme commune, si lente dans sa marche; elle a des dénouements si inattendus, qu'il faudra une longue suite d'observations pour décider s'il existe ou non une forme bénigne du diabète.

Étiologie. — Le diabète est une maladie héréditaire. Elle sévit plus fréquemment chez l'homme dans la proportion de 3 à 1 (Griesinger). Elle éclate habituellement de 40 à 50 ans; elle est plus rare dans la vieillesse et paraît assez fréquente dans l'enfance. Le diabète est très-commun dans les pays humides et froids; en Hollande, en Angleterre, dans le nord et dans l'ouest de la France. Cependant on l'observe aussi dans les pays chauds. On a accusé les féculents et le régime végétal de produire le diabète. Mais les religieux qui s'abstiennent de viande toute l'année sont très-rarement atteints par cette maladie. L'abus du vin, des boissons froides (des boissons acides?) joue un rôle plus important dans la production du diabète.

Les préoccupations et les émotions morales doivent être comptées au nombre des causes occasionnelles du diabète. Le froid humide, le refroidissement le corps étant en sueur, sont autant de circonstances favorables au développement de cette maladie.

Le diabète est dû à un accroissement considérable de

la production du sucre par le foie et à la non-destruction de ce sucre produit en excès. Le sucre se mêle au sang artériel et est éliminé en partie par les urines. D'après les plus récentes expériences physiologiques, cette fonction glycogénique exagérée du foie serait sous l'influence de l'influx nerveux qui prend sa source dans cette partie des cordons de la *moelle allongée*, connue sous le nom de *plancher du quatrième ventricule*.

Traitement. — Le traitement du diabète est encore fort peu avancé. Beaucoup de médecins font consister toute la thérapie de cette maladie dans le régime. Le régime a certainement pour effet de diminuer beaucoup la production du sucre ; il a donc un *effet palliatif* dont on doit tenir grand compte tant que nous ne posséderons point de médicament capable de lutter plus efficacement contre la maladie. Le régime se résume en ces mots : abstinence de féculent et de matières sucrées. Pour remplacer le pain, on a fait un pain de gluten fort désagréable et dont les malades se fatiguent vite. Aussi aujourd'hui la plupart des médecins permettent un peu de pain très-cuit.

Le régime se compose de viandes, de poissons, d'œufs, de lait, de beurre, de fromage, de légumes verts, de fruits rouges, et même pour Trousseau de toute espèce de fruits, y compris le raisin. La boisson la meilleure est le vin rouge coupé d'eau et la bière fortement fermentée. D'après mon expérience personnelle, on ne doit pas abuser du vin pur, et surtout des alcools.

Après le régime, le grand cheval de bataille dans le traitement du diabète est l'usage des *alcalins*, et en particulier des eaux de Vichy. Nous ne voulons pas nier que, dans une certaine mesure, ce traitement ne soit pas avantageux aux diabétiques, surtout quand il est administré

sous forme d'eau de Vichy, prise à la source. Seulement il ne faut pas oublier que les eaux de Vichy contiennent de l'*arsenic*, et que la théorie qui porte à prescrire des alcalins est une théorie fausse, puisqu'elle suppose que les alcalins ont la puissance de brûler le sucre chez l'homme vivant, tandis qu'il leur faut 95 degrés pour opérer cette décomposition !

Le traitement homœopathique du diabète est encore fort peu avancé. L'ensemble des symptômes indique *natrum muriaticum, phosphori acidum, mercurius, carbo vegetabilis* et *ledum palustre*. Ces médicaments correspondent assez grossièrement aux symptômes du diabète, et je n'en ai rien obtenu. *Arsenicum* qui, indépendamment des symptômes généraux, répond encore aux furoncles, aux anthrax et à la gangrène, m'a rendu de véritables services dans le *forme commune*, et spécialement *intus* et *extra*, dans le traitement des anthrax. Je donne à l'intérieur la 3e trituration, et je fais recouvrir l'anthrax d'une pommade contenant de 0 gr. 25 cent. à 2 grammes de la 2e trituration, mélangée à 4 grammes d'axonge.

Creosotum m'a rendu quelques services, mais je ne puis encore en préciser les indications. Je n'ai rien retiré du *sulfur de carbone*, qui cependant produit un diabète artificiel.

L'*azotate d'urane* mérite une mention spéciale dans le traitement du diabète. Cette substance, qui produit du sucre chez les chiens, fait disparaître le sucre chez les diabétiques en l'absence de tout régime. Il y a même un certain nombre d'observations dans lesquelles la maladie a été complétement guérie. Les médecins qui ont employé l'azotate d'urane ont prescrit en général des doses fortes et croissantes des premières triturations décimales (Curie, Ozanam). Cependant il y a un bel exemple de guérison complète avec la 6e dilution (Love).

Nous citerons encore comme médicaments à étudier : *lachesis, aranea tarentula* et *curare*. Ces médicaments ont parmi leurs effets physiologiques l'excrétion d'urines chargées de sucre.

MALADIE DE BRIGHT.

Définition. — C'est une maladie caractérisée par la présence dans l'urine d'albumine mêlée à des débris des *tubuli*, et par une tendance à la cachexie.

Cette maladie est distincte de l'albuminurie avec ou sans lésion rénale qu'on observe à titre de symptômes et d'affections symptomatiques dans un grand nombre de maladies.

L'*albuminurie symptomatique* présente trois variétés : urines simplement albumineuses, urines contenant de l'hématoglobuline unie à l'albumine, urines albumineuses avec débris d'épithélium provenant de la membrane des tubuli.

1° *Urines contenant seulement de l'albumine*. C'est un vice de sécrétion caractérisé par le passage de l'albumine du sang dans l'urine. Cette albuminurie, essentiellement transitoire, se montre dans une foule de circonstances.

Dans les *expériences physiologiques*, on détermine cette albuminurie en produisant la congestion totale ou partielle de la glande rénale : injection d'eau dans les veines ; ligature de la veine rénale ; ligature d'une branche artérielle et congestion partielle du rein par circulation compensatrice. La piqûre du plancher du 4e ventricule produit une albuminurie simple ; il en est de même d'une

nourriture exclusive avec l'albumine ou les substances albumineuses.

Les *états morbides* qui s'accompagnent de cette variété d'albuminurie sont : les oblitérations des veines rénales ; certaines albuminuries de la grossesse ; l'albuminurie des maladies du cœur, lorsque la systole cardiaque devient insuffisante et que les reins sont soumis à une congestion veineuse consécutive. La congestion rénale qui se produit pendant la période des fièvres intermittentes et pendant la période algide du choléra détermine encore l'albuminurie simple. Enfin la pleurésie, la pneumonie, la bronchite capillaire, arrivées à leur période de résolution, jettent dans le torrent circulatoire des masses de fibrine qui sont excrétées sous forme d'albumine. C'est le même mécanisme qui produit l'albuminurie dans l'*atrophie musculaire*. Dans la phthisie, il y a albuminurie dans les cas où les sueurs se suppriment et où l'*urée*, évacuée habituellement par les sueurs, se transforme en albumine et passe par les urines. On observe encore l'albuminurie dans la diathèse purulente. Elle peut apparaître d'une manière tout à fait accidentelle après une mauvaise digestion, lorsque les aliments azotés, transformés en albumine par un premier travail, ne subissent pas les transformations successives nécessaires pour la nutrition.

2° *Albuminurie avec mélanges d'hématoglobuline ; hématinurie des Allemands ; albuminurie globulaire* de M. Jaccoud. Cette albuminurie, due à une altération des globules du sang, qui perdent une partie de leur albumine en même temps que leur matière colorante, doit être distinguée avec soin de l'*hématurie*, dans laquelle le sang lui-même, avec ses globules intacts, passe dans l'urine. Cette variété d'albumine s'observe dans l'empoisonnement par l'hydrogène arsenié et par l'acide carbonique ; elle est fréquente dans la fièvre scarlatine, et plus

rare dans les autres fièvres éruptives. Nous la retrouverons dans la maladie de Bright.

3° *Albuminurie avec lésion rénale.* C'est une affection symptomatique ayant une certaine durée, et non plus un symptôme transitoire. On peut la reproduire expérimentalement en recouvrant les animaux d'un enduit imperméable et en les empoisonnant par l'arsenic, le mercure et le plomb. Dans ce cas, l'albumine, excrétée sous forme d'albuminate métallique, se sépare par la chaleur et par l'acide nitrique ; dans l'empoisonnement par le mercure, c'est souvent un composé plus oxygéné, la *tyrosine*, qui remplace l'albumine.

On peut observer cette troisième variété d'albuminurie dans le cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, du typhus, de la suette, de la diphthérie ; dans le cours et surtout à la fin de toutes les diathèses, des maladies constitutionnelles et cachectiques, mais spécialement dans l'alcoolisme.

L'histoire clinique de l'*albuminurie essentielle* ou *maladie de Bright* est encore fort incomplète ; cependant nous pouvons, dès aujourd'hui, décrire quatre formes de cette maladie : *forme bénigne*, *forme commune*, *forme maligne* et *forme anomale*.

Forme commune. Elle débute par de la pâleur de la peau et des muqueuses, de l'anémie, et par la diminution des forces musculaires. Cet état, avec des troubles de la digestion, se prolonge habituellement plusieurs mois avant d'éveiller l'attention des malades et du médecin, en sorte qu'il est difficile de dire s'il précède de longtemps l'apparition de l'albumine dans les urines. Des douleurs de tête habituelles, des vertiges, surtout l'augmentation de la soif et de la quantité des urines, enfin l'apparition de l'œdème palpébral et interpalpébral complètent la série de la première période de cette ma-

ladie. L'urée présente alors les caractères suivants :

L'urine est pâle, elle a perdu son odeur spécifique, et habituellement ne prend plus, par l'usage des asperges, cette fétidité si particulière ; elle mousse beaucoup ; sa densité, fortement diminuée, n'est plus que de 1010 ou même 1006. Cette urine est moins acide, elle ne dépose pas de sédiments d'urate, les sels ont beaucoup diminué, surtout les chlorures. L'urée, qui, dans l'urine normale, atteint le chiffre de 30 grammes en vingt-quatre heures, se réduit jusqu'à 5 grammes. La quantité d'albumine perdue en vingt-quatre heures est extrêmement variable ; elle diffère de 2 grammes à 35 grammes. L'acide nitrique et l'ébullition sont les deux moyens pratiques de reconnaître la présence de l'albuminurie dans l'urine. Ces deux moyens sont nécessaires pour éviter toute cause d'erreur ; en effet, des urines alcalines et chargées de phosphates précipitent par la chaleur sans contenir d'albumine, et le précipité se dissous par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique ; avec l'acide nitrique, les urates peuvent donner lieu à une opalescence prise pour de l'albumine ; ce trouble est causé par l'acide urique dégagé des urates par l'action de l'acide nitrique ; cet acide, moins soluble que les urates, se précipite ; le précipité se dissous par l'ébullition ou par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Les précipités obtenus par l'acide nitrique et par la chaleur se redissolvent toujours *à chaud* par un excès d'acide. L'examen microscopique permet de reconnaître, dans les urines de la maladie de Bright, des cellules épithéliales provenant des tubuli, des cylindres formés par des débris de cellules épithéliales moulés dans les tubes droits, des cylindres graisseux, granulo-graisseux, et enfin des cylindres hyalins ou séreux. La présence de l'élément graisseux ne se rencontre que dans la maladie de Bright confirmée.

La maladie, ainsi constituée par de l'anémie, de la faiblesse, des urines albumineuses, un œdème fugitif ou nul, quelquefois un peu de trouble de la vue et de vertiges, des épistaxis, peut se prolonger pendant plusieurs mois.

La 2e PÉRIODE est annoncée par l'établissement définitif des œdèmes et par leur augmentation progressive. Nous l'avons déjà dit, l'œdème de la maladie de Bright est mobile ; il débute souvent par la face, où il est plus marqué le matin, et il devient pathognomonique quand il siége sur les paupières ou sur les conjonctives. A cette période, l'œdème garde peu l'impression du doigt.

De semaine en semaine, le symptôme hydropisie acquiert plus d'importance, l'anasarque prend son siége principal aux membres inférieurs, remonte chaque jour, gagne le scrotum ou la vulve, et atteint bientôt un degré considérable.

Le malade perd son appétit et ses forces, il est pris souvent d'une diarrhée qui n'a aucun résultat avantageux sur la marche de l'hydropisie ; souvent il s'y joint un catarrhe bronchique et des affections cardiaques diverses. Le malade ne peut plus marcher, il ne quitte plus le lit ou le fauteuil ; l'essoufflement prend une importance qu'il n'avait pas au début, et la maladie arrive à la 3e période.

3e PÉRIODE. — Les membres sont démesurément gonflés ; la peau rouge, distendue, devient le siége d'une inflammation chronique sur lequel s'établissent des ruptures et des ulcérations par lesquelles le malade perd une quantité d'eau considérable. Malgré cette évacuation incessante, les membres diminuent peu ou ne diminuent point ; l'hydropisie remonte et se montre simultanément à la face et aux mains ; tout le corps est infiltré. En

même temps, les cavités splanchniques se remplissent d'eau : ascite, hydrothorax, hydropéricarde et œdème du poumon. La diarrhée vient encore affaiblir le malade; des hémorrhagies diverses, des taches ecchymotiques, des pétéchies, le muguet, annoncent la terminaison fatale, qui est quelquefois accélérée par une phlegmasie ultime. Souvent, dans les derniers jours, l'hydropisie atteint le cerveau et ses membranes, et les malades périssent dans la somnolence et dans le coma. Notons encore des gangrènes ultimes qui frappent les parties œdématiées.

Pendant ce temps les urines continuent à présenter de l'albumine en quantité variable. Elles sont elles-mêmes plus ou moins abondantes. Il n'est pas rare d'observer dans les derniers jours une grande diminution ou même la disparition complète de l'albumine. Ordinairement les urines deviennent plus rares dans la dernière période. Nous n'avons point parlé des attaques apoplectiformes et éclamptiformes qu'on observe quelquefois parce que ces accidents se rattachent principalement à la *forme maligne* et à la *forme anomale*.

Forme bénigne. Elle est généralement décrite sous le nom de *maladie de Bright aiguë*. Nous l'appelons bénigne pour la distinguer de la forme grave, dont la marche est aiguë.

La forme bénigne débute par un mouvement fébrile intense, une douleur notable dans la région des reins et presque toujours un vomissement initial. Le même jour ou le lendemain, les urines, brunes et peu abondantes, contiennent de l'albumine en grande quantité et en plus de l'hématoglobuline. Un œdème variable se montre à la face et plus spécialement aux paupières. Ce dernier symptôme manque quelquefois complétement; d'autres fois il atteint au contraire un haut degré d'intensité. Ce n'est

plus un œdème mais une anasarque qui occupe tout le corps.

Cet ensemble de symptômes se maintient quelques jours; mais le plus souvent, à la fin du premier septénaire, la fièvre tombe, les urines deviennent plus claires et plus abondantes, l'appétit revient et les malades se rétablissent complétement. Il faut savoir néanmoins qu'exceptionnellement les symptômes convulsifs et apoplectiques peuvent se montrer dans la forme bénigne.

Forme maligne. Elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense, des urines rares, sanguinolentes et albumineuses; mais principalement par des symptômes cérébraux auxquels on a donné à tort le nom d'*intoxication urémique*. Nous disons que l'explication de ces symptômes graves par la rétention de l'urée dans le sang est fausse et illégitime, parce qu'ils s'observent dans des cas où les urines coulent abondamment et où par conséquent il n'y a point de rétention d'urée dans le sang.

L'affection cérébrale la plus commune est l'*éclampsie*, qu'il est inutile de décrire en ce moment; qu'il nous suffise de dire qu'elle est toujours excessivement grave.

D'autres fois on observe une attaque apoplectiforme, sans convulsion, et les malades succombent dans le coma. Cette forme de la maladie de Bright se complique souvent d'une inflammation aiguë du poumon, de la plèvre, du péricarde ou du péritoine, complications qui enlèvent le malade.

Dans cette forme, l'anasarque est habituellement considérable, la quantité d'albumine rendue par les urines est extrêmement variable; elle est souvent mélangée d'hématoglobuline, surtout au début.

Forme anomale. Dans cette forme, l'hydropisie fait défaut ou est extrêmement légère et fugitive, l'albumine est peu abondante; il n'y a point de mouvement fébrile et

cependant les malades sont exposés aux accidents les plus graves.

Les plus fréquents de ces accidents sont les affections cérébrales, apoplexie ou éclampsie. Les malades sont enlevés subitement, alors qu'on les croyait à peine malades. D'autres fois ce sont des affections du cœur, des endocardites surtout, qui se terminent plus ou moins vite par la mort. Ces accidents graves ultimes peuvent survenir prématurément, ou au contraire être précédés pendant longtemps d'un état peu grave en apparence et caractérisé seulement par un affaiblissement progressif, de l'anémie et un peu d'albumine dans les urines.

Anatomie pathologique. — Au début, le rein est hyperémié, augmenté de volume, de couleur rouge foncé. Les cellules épithéliales des tubuli sont encore intactes; mais on rencontre déjà de petits cylindres fibrineux. Dans une seconde période, le rein est encore augmenté, mais il est beaucoup pâli et tend de plus en plus vers la couleur jaune. La substance corticale est fortement hypertrophiée et pâle, tandis que les pyramides ont une teinte rouge très-prononcée. Les canalicules urinifères sont énormément dilatés et présentent des renflements variqueux; les cellules épithaliales sont en voie de transformation graisseuse; des masses composées de cellules épithaliales dégénérées, de graisse, de pigment, forment des cylindres qui obstruent les tubuli. Cette dilatation des canalicules oblitère les vaisseaux propres du rein et amène bientôt l'atrophie qui constitue la dernière période.

Dans cette période *régressive*, le rein est très-atrophié, sa surface est inégale, bosselée, coupée de tractus blanchâtre; la substance corticale est le siége de cette atrophie et ne présente plus qu'une bande étroite qui entoure

les pyramides. L'examen microscopique montre qu'une partie des canalicules urinifères est oblitérée.

Dans la forme grave, le rein présente une congestion de la substance corticale du rein, portée au plus haut point.

Étiologie. — La maladie de Bright est fréquente dans les pays froids et humides; elle sévit principalement de 30 à 50 ans, et plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle est héréditaire à un certain degré. L'abus des alcools est une cause prédisposante très-puissante. C'est plutôt la maladie des pauvres que des riches.

La grossesse est la cause la plus fréquente de la forme maligne de la maladie de Bright. Après la grossesse, vient l'action d'un froid prolongé.

Traitement. — Dans les formes à marche aiguë (formes bénigne et maligne), les médicaments principaux sont : *belladona, cantharis* et *arsenicum*.

Belladona est indiquée par le mouvement fébrile, la céphalalgie, les vomissements et l'imminence des symptômes cérébraux. Ce médicament m'a rendu des services considérables dans ces circonstances. J'emploie habituellement la 3e dilution en goutte. Quand les accidents convulsifs surviennent malgré *belladona*, j'administre *æthusa cynapium* de la même manière, et *opium*, quand la coma domine. *Cantharis* et *arsenicum* sont indiqués par les urines sanguinolentes. Le ténesme, l'ardeur des urines, fait préférer *cantharis*, qu'il faut remplacer par *arsenicum*, après vingt-quatre ou quarante-huit heures. *Helleborus* a rendu quelques services dans ces cas, et quelquefois *aconitum*, quand le mouvement fébrile est intense.

Dans la forme commune, *arsenicum, aurum muriaticum, nitri acidum, plumbum, mercurius*, répondent à

l'ensemble des symptômes. *Arsenicum* et *aurum muriaticum*, le premier surtout, comptent un certain nombre de guérisons de maladies de Bright.

Plumbum qui produit par l'empoisonnement chronique une image si parfaite de la forme commune devrait être expérimenté dans le traitement de cette maladie.

Digitalis, phosphorus, china, ferrum, sont indiqués par certaines complications.

Apis mellifera n'a pas encore été suffisamment expérimenté.

DU RACHITISME.

Le rachitisme est une maladie caractérisée anatomiquement par l'hypergénèse des cartilages épiphysaires et du périoste ; par le défaut d'ossification des tissus cartilagineux et fibreux, produit de cette hypergénèse ; enfin par le ramollissement du tissu osseux dû à l'absorption des sels calcaires qui, dans l'état physiologique, donne à ce tissu sa dureté normale.

La *lésion* propre au rachitis qu'on a voulu vainement rattacher à une inflammation du tissu osseux, rappelle complétement le travail de la formation de ce tissu pour la réparation des fractures. Le rachitisme est donc, comme lésion, un trouble de la nutrition de l'os qui ramène ce tissu à la période cartilagineuse.

Une lésion analogue s'observe localement dans le cours des cachexies et en particulier dans la cachexie cancéreuse.

Le rachitisme se présente sous trois formes distinctes : la *forme commune,* exclusivement propre à la première

enfance ; la *forme maligne* ou *ostéomalacie*, et la *forme bénigne*, cette dernière fréquente surtout à l'époque de la puberté, mais qu'on retrouve aussi dans l'extrême vieillesse.

Période prodromique. Forme commune. La maladie débute par de la tristesse, et le plus habituellement par une diarrhée persistante ; l'enfant pâlit d'abord ; il maigrit rapidement et accuse bientôt un autre symptôme, c'est une douleur aiguë dans le système osseux, douleur qui est excitée par les mouvements et par le toucher. Aussi le petit malade reste immobile dans son lit, et loin de désirer qu'on le lève, il pousse des cris dès qu'on essaye de le prendre. Cette douleur acquiert quelquefois un tel degré d'intensité que la nourrice est obligée de lui donner le sein sans le lever et en s'inclinant sur son berceau.

Période de déformation. Avec les douleurs apparaissent les déformations osseuses, déformations dont le mode d'apparition varie suivant que l'enfant a ou n'a pas encore commencé à marcher.

Dans ce dernier cas, la déformation commence par le thorax et la tête, s'étend ensuite aux membres supérieurs et enfin aux membres inférieurs. On observe habituellement un ordre inverse chez les enfants qui ont commencé à marcher.

La déformation de la poitrine est très-caractéristique, elle consiste dans une saillie du sternum avec aplatissement des côtes sur la région latérale ; cet aplatissement s'étend de la 3e à la 9e côte, c'est la poitrine en carène. Après la 9e côte, la cage thoracique s'élargit brusquement pour loger les viscères abdominaux. En même temps, on constate à la jonction des cartilages et des côtes un gonflement articulaire qui constitue le *chapelet rachitique*. Cette déformation si curieuse de la poitrine s'explique par

la pression atmosphérique pendant l'inspiration sur un squelette ramolli. L'élargissement de la base du thorax tient aux contractions exagérées du diaphragme pendant l'inspiration.

Le refoulement, et non, comme on l'a cru longtemps, l'hypertrophie du foie et de la rate, un développement considérable du tube gastro-intestinal, constituent la *grosseur* du ventre chez les rachitiques. Cette grosseur du ventre détermine une déformation du bassin caractérisée par l'évasement, l'élargissement du grand bassin et le rétrécissement du petit bassin. La pression continuelle exercée sur les fosses iliaques par les viscères abdominaux pendant l'inspiration déforme les surfaces osseuses ramollies par la maladie. Tandis que les ischions se rapprochent par un mouvement de bascule et tournent les cavités cotyloïdes en dedans et en bas.

La *déformation de la tête* consiste en une augmentation de volume du crâne avec agrandissement des sutures et des fontanelles; épaississement irrégulier des os du crâne et de la face; saillie des bosses frontales. Ces déformations sont dues à l'absence de l'ossification des fontanelles et des sutures et au développement considérable du cerveau. Notons encore un retard considérable dans la dentition.

Déformation des membres et des jointures. Les avant-bras présentent une courbure dans le sens de la face palmaire, les humérus peuvent être courbés dans le même sens ou dans un sens inverse. Aux membres inférieurs, la déformation des fémurs n'est qu'une exagération de la courbure naturelle; ils présentent une concavité en arrière et en dedans. La déformation des jambes se fait souvent dans le même sens chez les enfants qui n'ont pas encore marché, alors les membres inférieurs représentent deux parenthèses. Quand le malade a marché, la dé

formation est très-variable ; quelquefois à courbure multiple, en Z; souvent à courbure en dedans, en sorte que les genoux se touchent dans la marche et que les individus sont *cagneux*.

L'hypergénèse du tissu épiphysaire et cartilagineux déforme les *articulations* qui sont très-grosses, en sorte que les membres présentent à chaque jointure une sorte de nœud; elles sont *nouées*. En même temps, les jointures sont extrêmement mobiles et présentent une étendue de mouvement tout à fait anormal.

La déformation du *rachis* se produit habituellement lorsqu'un enfant, un peu moins souffrant, commence à se tenir habituellement assis dans son lit. Ces déformations sont constituées par l'exagération des courbures naturelles de la colonne vertébrale; la portion cervicale, fléchie en arrière, raccourcit le cou et incline la face en haut; la portion dorsale, incurvée en arrière et ordinairement à droite, constitue la *gibbosité*. La région lombaire, fortement *ensellée*, contribue encore au rétrécissement et à la déformation du bassin.

Les différentes déformations que nous venons de décrire peuvent être partielles et asymétriques; quand les enfants ont marché avant le début de la maladie, elles commencent presque toujours par les membres inférieurs.

En même temps que les os ramollis par la maladie subissent des déformations si fâcheuses, un mouvement fébrile continue ; des sueurs profuses ; la diarrhée ; des urines abondantes et chargées d'une grande quantité de phosphate calcaire; un catarrhe pulmonaire habituel; une grande gêne de la respiration, surtout dans le rachitisme du premier âge; un amaigrissement de plus en plus considérable; une extrême facilité dans la production des fractures, et, au milieu de ces désordres, un appétit vorace

joint à une intelligence excessivement développée, constituent les autres symptômes de la maladie.

Période de cachexie. Arrivée à ce dégré, le rachitisme peut se terminer par la mort ou par la guérison. Dans le premier cas on voit se développer un véritable état cachectique, les diarrhées, les sueurs profuses, les insomnies, épuisent de plus en plus les petits malades qui succombent habituellement à une complication thoracique.

Période de réparation. Si, ce qui arrive le plus souvent, les malades doivent guérir, la fièvre et la diarrhée cessent, les douleurs des os disparaissent, l'amaigrissement diminue, l'apparence de la santé, la gaieté, la tendance au mouvement, reviennent; les os se consolident, mais gardent plus ou moins la forme vicieuse qu'ils ont contractée pendant la maladie.

Forme bénigne. Elle est caractérisée par l'absence des symptômes généraux et par une lésion habituellement très-limitée. Cette forme peut survenir à tout âge, c'est à elle que sont dus les asymétries du thorax et du bassin, le défaut d'aplomb et de rectitude dans les membres inférieurs, qui existent chez un grand nombre de personnes, en l'absence de tous autres signes de rachitisme; mais cette forme sévit plus spécialement chez la femme à l'époque de la puberté et aussi à l'occasion des grossesses. C'est elle qui produit alors des déviations de la colonne vertébrale, que M. Guérin ne veut pas reconnaître comme étant de nature rachitique, parce qu'elles ne sont ni précédées ni accompagnées de déformation des membres inférieurs et du bassin.

Quand les jeunes filles ainsi atteintes par le rachitisme viennent à se marier et à avoir des enfants, la maladie se reproduit habituellement à chaque grossesse, et augmente chaque fois la déviation primitive ; ce qui distingue cette forme du rachitisme de celle qu'on a désignée sous le nom

d'*ostéomalacie*, c'est que la lésion osseuse ne se généralise jamais.

Forme maligne ou grave. Cette forme, caractérisée par la généralisation rapide de l'affection osseuse, par des symptômes généraux intenses, et par une mort relativement rapide, comprend non-seulement la plupart des faits décrits sous le nom d'*ostéomalacie*, mais encore un bon nombre des rachitiques du premier âge.

Un mouvement fébrile intermittent ou rémittent, un amaigrissement rapide, des douleurs excessives, caractérisent le début de cette forme qui marche rapidement et se termine par la mort, souvent après quelques mois de maladie.

Dans l'histoire de l'ostéomalacie telle qu'elle est tracée par les auteurs, on trouve encore des cas de rachitisme bénin, caractérisés par l'absence presque complète de symptômes généraux, et des cas de rachitisme de forme commune, présentant pour caractère particulier une influence considérable de l'état de grossesse, en sorte que la maladie devient tout à fait périodique, s'arrêtant plus ou moins dans l'intervalle des grossesses et reprenant sa marche à chaque nouvelle grossesse.

Anatomie pathologique. — La lésion du rachitisme est constituée au début de la maladie par l'épanchement d'un néoplasme sanguinolent, sous le périoste, dans le canal médullaire, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les lamelles du tissu compacte, dans les aréoles du tissu spongieux, le long des radicules des vaisseaux nourriciers; en même temps, les sels calcaires des trabécules se résorbent et l'os se transforme à l'état de cartilage. Dans la période de réparation, toute cette substance s'ossifie de nouveau, et, comme dans le cal, le tissu osseux de nouvelle formation passe à l'état d'*éburnation*.

Étiologie. — Le rachitisme se développe principalement pendant la première dentition. Cependant il peut être congénital et se manifester à toutes les périodes de la vie. Mais, en dehors de la première dentition, c'est presque exclusivement chez la femme à l'âge de la puberté, et pendant les grossesses, qu'on observe cette maladie. Le rachitisme est manifestement *héréditaire* et la *consanguinité* est une condition favorable à son développement. Des expériences précises faites sur les animaux ont démontré qu'une nourriture mal appropriée à l'âge de l'animal déterminait le rachitisme. Aussi cette maladie s'observe-t-elle souvent chez les enfants sevrés trop tôt, et nourris prématurément avec de la viande et du vin.

Traitement. — Un régime approprié, la position horizontale, l'habitation dans une pièce saine bien aérée et à plein soleil, des appareils orthopédiques convenables, constituent le traitement hygiénique du rachitisme.

Calcarea, qui compte parmi ses symptômes : les douleurs osseuses générales, l'amaigrissement considérable, la diarrhée habituelle, la chute des dents, l'ossification tardive des fontanelles, est le médicament principal du rachitisme. Ce médicament compte un certain nombre de succès cliniques. Il en est de même de *phosphori acidum*, pareillement indiqué par l'ensemble de ses symptômes; mais aucune médication ne compte autant de succès que l'*huile de poisson*. Ce moyen est presque spécifique dans le rachitisme. Aussi croyons-nous devoir le conseiller, dès que *calcarea* et *phosphori acidum* tardent à faire paraître leur action curative.

DU SCORBUT.

Le scorbut est une maladie caractérisée : 1° par des hémorrhagies multiples ; 2° par la putridité et la destruction des gencives.

Le mot scorbut dérive du mot slave *scorb*, qui signifie maladie, d'où les Danois et les Flamands ont fait *schorbect* et *scorbeck*, maladie, ulcère de la bouche. La description de cette maladie manque complétement dans les anciens auteurs.

Cette maladie présente trois formes à étudier : la *forme bénigne*, la *forme commune* et la *forme grave*.

Forme commune. 1re PÉRIODE. — Le scorbut débute constamment par le sentiment d'une grande lassitude, accompagnée d'une certaine tristesse et d'une répugnance croissante pour le mouvement. En même temps, la face pâlit, les conjonctives et les caroncules lacrymales prennent une teinte jaune verdâtre. Si le malade veut marcher, il sent ses jambes ployer en même temps qu'il est pris d'une accélération très-notable de la respiration.

Bientôt après, les malades ressentent de la chaleur et des démangeaisons dans les gencives ; elles saignent facilement et deviennent fongueuses. Les dents se déchaussent et s'ébranlent ; l'haleine est déjà fétide.

Les taches scorbutiques se montrent alors principalement sur les membres inférieurs. Ce ne sont encore que de simples pétéchies variables de grandeur et de couleur rouge bleuâtre ou tout à fait noire. Certains malades présentent dans cette première période quelques hémor-

rhagies, mais peu abondantes et faciles à arrêter. Les malléoles sont le siége d'un œdème plus ou moins intense, mais qui disparaît pendant la nuit. On doit encore signaler dans cette première période des douleurs vagues dans les membres et des douleurs de pleurodynie.

Cependant les malades sont sans force ; ils conservent l'appétit et le sommeil et ils peuvent encore, quoique péniblement, se livrer aux travaux de leur profession.

2e PÉRIODE. — Les malades éprouvent une contraction des muscles fléchisseurs de la jambe et une roideur du jaret qui les empêche de marcher. Leur teint devient de plus en plus pâle et plombé, leurs forces diminuent considérablement et ils arrivent promptement à un état lipothymique permanent qui les oblige à garder la position horizontale. La putridité des gencives fait de grands progrès ; elles s'ulcèrent profondément et se gangrènent ; les dents tombent ; les ulcères scorbutiques qui quelquefois ont commencé dès le début prennent alors une extension considérable. Ces ulcères fournissent une sanie sanguinolente ; leurs bords sont livides, leur surface bourgeonnante ; ils sont sujets à la gangrène. A mesure que la maladie augmente, ils deviennent le siége d'hémorrhagies et de végétations énormes, fongueuses, qui s'accroissent avec une rapidité très-grande et se reproduisent à mesure qu'on les enlève. Les plaies et les contusions des malades dégénèrent rapidement en ulcères scorbutiques. Aux taches pétéchiales de la première période se joignent de larges ecchymoses et de véritables hémorrhagies sous-cutanées formant des tumeurs variables. Des hémorrhagies abondantes et multiples caractérisent encore cette période de la maladie, ce sont des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses, des mélæna, des hématuries.

Les malades, toujours sans fièvre, conservent habituellement de l'appétit, beaucoup sont constipés ; quelques-uns sont en proie à une diarrhée dysentériforme, tous sont sujets à la syncope, un certain nombre périssent subitement lorsqu'ils veulent se lever ou quand on les expose au grand air.

Dans la 3e PÉRIODE, tous les symptômes augmentent considérablement. Les malades restent constamment couchés; des ulcères nouveaux se produisent spontanément; les hémorrhagies se multiplient et épuisent les malades. C'est à cette époque qu'on observe les caries, le décollement des apophyses et des cartilages costaux, des gangrènes et des suppurations diverses. La gangrène se développe le plus souvent aux gencives et envahit des parties plus ou moins considérables de la face; elle se produit encore à la surface des ulcères. Quant aux suppurations, elles sont habituellement internes, et il est rare d'observer dans la période ultime du scorbut, des abcès superficiels. Seulement, à l'autopsie, on rencontre de vastes collections purulentes dans les cavités de la poitrine et de l'abdomen.

Le scorbut se termine souvent par la mort, quand les malades sont dans de mauvaises conditions hygiéniques. Cette terminaison arrive subitement par syncope, à la suite d'un mouvement brusque ou d'une hémorrhagie; d'autres fois elle a lieu plus lentement par l'épuisement des forces, après des hémorrhagies, la gangrène de la bouche et des diarrhées répétées. Un caractère très-remarquable de cette maladie, c'est que les malades conservent jusqu'à la fin l'intégrité des fonctions intellectuelles.

Quand les malades guérissent, la convalescence est longue, sujette à rechutes si les malades s'exposent de nouveau aux causes du scorbut; les convalescents res-

tent longtemps faibles et anémiques; ils présentent des paralysies consécutives, et d'après Lind et Boerhaave, ils sont sujets à devenir phthisiques.

Forme bénigne. On l'a encore appelé *scorbut local*, parce qu'il est constitué la plupart du temps par l'état fongueux des gencives. A ce symptôme caractéristique s'ajoute habituellement un certain degré de pâleur et d'affaiblissement musculaire. Aujourd'hui que les conditions hygiéniques ont fait disparaître presque complétement le scorbut, nous n'observons guère que cette forme bénigne qui atteint isolément dans les grandes villes quelques individus fortement prédisposés. Cette forme n'a aucune gravité et guérit facilement.

Scorbut malin. Cette forme est caractérisée par la marche rapide de la maladie, par l'apparition prématurée de la gangrène, par un mouvement fébrile très-prononcé.

Dans les relations d'épidémie, on rencontre un certain nombre de cas de scorbut dans lesquels tous les accidents revêtent presque immédiatement un caractère de grande gravité; l'accident principal est une gangrène mortelle des lèvres et des joues. Boerhaave a signalé dans ce cas une fièvre qui revêt tous les caractères de la fièvre putride. Ce mouvement fébrile a ici un caractère distinctif d'autant plus considérable que dans la forme commune la maladie parcourt toutes ses périodes sans présenter de fièvre.

La forme maligne se termine presque constamment par la mort, après une durée qui varie de trois semaines à trois mois.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des scorbutiques, on rencontre habituellement les signes de la mort par syncope, joints à ceux de la défibrination du sang. Ainsi le ventricule gauche du cœur est vide et le sang diffluent. Les

viscères présentent des hémorrhagies interstitielles et des épanchements sanguins. Souvent des œdèmes; quelquefois des collections purulentes. Quand les malades sont morts dans la dernière période du scorbut, on constate encore des gangrènes, des caries, des décollements des épiphyses, et principalement des cartilages costaux. La rate, d'une couleur bleue-ardoise, est volumineuse et ramollie; les muscles poisseux; la putréfaction extrêmement rapide.

Les analyses de M. Andral ont démontré que la fluidité du sang chez les scorbutiques tenait à une diminution considérable de la fibrine, en même temps que les globules conservent leur proportion normale; mais les analyses de MM. Becquerel et Rodier conduisent à des conclusions directement contraires. L'explication de cette différence nous est donnée par ce fait que les derniers expérimentateurs ont opéré sur des cas à la première période, tandis que M. Andral a analysé le sang de scorbutiques très-avancés. Il résulte néanmoins de ces analyses que l'altération du sang ne saurait être la cause du scorbut puisqu'elle n'apparaît que dans les dernières périodes.

Étiologie. — Un grand fait domine toute l'étiologie du scorbut, c'est la puissance des *causes externes* dans la production de cette maladie. Cette puissance est telle qu'on peut à volonté faire naître et faire disparaître le scorbut en soumettant de grandes réunions d'hommes à l'influence de cause déterminée. Nous ne voulons pas dire par là que le scorbut soit une maladie de cause externe; en effet l'histoire des épidémies nous enseigne que les hommes soumis aux causes du scorbut ne contractent pas tous la maladie en même temps, ni au même degré. Elle nous montre surtout que si certaines organisations

sont facilement atteintes par le scorbut, d'autres y résistent indéfiniment, d'où la nécessité d'admettre ici une *prédisposition définie* comme dans toutes les maladies. Seulement, dans le scorbut, les causes extérieures ont une puissance si grande, qu'elles absentes, la maladie n'éclate jamais, et qu'elles présentes, le scorbut se développe toujours. Parmi ces circonstances extérieures, celle qu'on rencontre en première ligne et qui joue le rôle de cause principale, c'est l'*abstinence de végétaux frais*. C'est la privation de végétaux frais qui engendre le scorbut pendant les longs hivers des pays septentrionaux ; c'était elle qui multipliait cette maladie pendant les longs voyages de Vasco de Gama, de Cartier et de l'amiral Anson ; c'est encore la même cause qui agit dans les siéges prolongés; cette circonstance de l'absence des végétaux frais est tellement capitale dans l'étiologie du scorbut, que tous les médecins qui ont pratiqué sur mer et dans les pays où le scorbut est endémique, sont unanimes pour en reconnaître l'importance, et, de plus, tous s'accordent pour proclamer que le seul traitement véritablement efficace du scorbut est l'usage de végétaux frais, de fruits, et en particulier d'oranges et de citrons (1). La privation de viandes fraîches et l'alimentation avec des viandes ou des poissons salés ou fumés est la circonstance la plus importante après la privation des végétaux dans l'étiologie du scorbut. Viennent ensuite l'habitation dans des lieux obscurs, froids et humides; une température froide; des vêtements insuffisants ou constamment mouillés; l'abus des liqueurs alcooliques; un excès de travail ou un défaut d'exercice. La tristesse et le découragement ont aussi une influence fâcheuse sur le développement et la marche de la maladie.

(1) Voy. Lind., p. 149, 170, 174, 178, 260, 270, 276, t. I; Bachstrom, *Observat. circa scorbutum*, p. 15.

L'état de convalescence, surtout quand c'est là convalescence d'un scorbut antérieur, est une condition très-favorable au développement de la maladie. L'action de l'hérédité et de la contagion admise par plusieurs médecins n'est nullement démontrée.

Traitement. — La *prophylaxie* est toute-puissante dans les maladies engendrées sous l'influence de causes externes connues et puissantes; aussi une hygiène bien entendue a-t-elle fait pour ainsi dire disparaître le scorbut du nombre des maladies modernes. En se rapportant à l'étiologie, on constituera facilement le traitement prophylactique du scorbut. Nous rappelons seulement que quand on n'a pas pu se procurer de fruits ni de végétaux, on a obtenu quelques bons effets des sirops de fruit, du vinaigre, de la bière et du cidre ou même de la composition qui porte le nom de vin antiscorbutique et qui contient les médicaments suivants : *raifort sauvage, cochléaria, cresson* et *semence de moutarde*.

Les anciens médecins employaient assez fréquemment les *acides minéraux* dans le traitement du scorbut, par analogie avec les bons résultats produits par les acides végétaux, et aussi dans le but de lutter contre l'alcalinité et la fluidité du sang. Mais ici la théorie comme l'analogie reçoivent de la pratique un complet démenti, et jamais les acides minéraux n'ont eu de succès dans le scorbut.

Nous examinerons successivement les médicaments indiqués par l'ensemble des symptômes et ceux qui répondent aux principales affections scorbutiques :

Les médicaments indiqués par la putridité des gencives et la tendance aux hémorrhagies, sont : *phosphorus, mercurius, carbo vegetabilis, arsenicum, lachesis* et *natrum muriaticum*.

Ces six médicaments contiennent dans leur pathogénésie l'affection scorbutique des gencives et les hémorrhagies multiples, seulement nous manquons d'observations cliniques sur leur emploi dans le scorbut.

Parmi ces médicaments, *phosphorus* et *mercurius* sont les deux qui présentent le plus de symptômes analogues au scorbut.

Phosphorus présente au plus haut point la tristesse, la lassitude, la répugnance pour le mouvement; la faiblesse des jambes, l'accablement physique et moral qui marque le début du scorbut. Le prurit, le gonflement des gencives, qui s'ulcèrent et saignent continuellement, l'ébranlement des dents, sont encore des symptômes du phosphore. La dyspnée au moindre mouvement, les points pleurodyniques, la roideur des jarrets, les taches livides, brunes, disséminées sur le corps et particulièrement sur les membres inférieurs, l'exhalation du sang par d'anciennes cicatrices, l'écoulement du sang continu par de petites plaies, des hémorrhagies par toutes les muqueuses, complètent un ensemble de symptômes qui représentent assez fidèlement le scorbut lui-même.

Mercurius présente le tableau d'un scorbut avec des symptômes de putridité plus marquée. Le gonflement et l'ulcération des gencives s'accompagnent de productions pseudo-membraneuses, et, à un degré plus avancé, de gangrène plus ou moins étendue des parties molles et de carie des os. La bouche exhale toujours une odeur putride et est le siége d'une salivation abondante. Les ulcères scorbutiques se trouvent aussi en rapport avec les ulcères fongueux et saignants du mercure. Les hémorrhagies, quoiqu'elles soient encore très-marquées dans la pathogénie de ce médicament, le sont cependant moins que dans le phosphore.

Le *carbo vegetabilis*, le *natrum muriaticum* et le *lache-*

sis présentent dans leur pathogénie l'affection scorbutique des gencives et les hémorrhagies; ils pourraient donc trouver leur indication dans certains cas particuliers.

Arsenicum répond principalement aux pétéchies et aux ulcères scorbutiques; mais, nous l'avons dit en commençant, l'expérience clinique nous fait défaut pour préciser davantage l'indication de ces médicaments.

Traitement des diverses affections scorbutiques. — Affections scorbutiques de la bouche. Quand les gencives sont gonflées, ulcérées et recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux, on les touche avec du jus de citron et à un degré plus avancé avec l'acide chlorhydrique.

Si la putridité devient extrême, avec des points gangréneux, le quinquina et l'arsenic en poudre et en gargarisme sont indiqués; enfin les caries nécessitent dans quelques cas l'intervention chirurgicale.

Les ulcères scorbutiques seront pansés avec de la poudre de quinquina; peut-être que la poudre arsenicale rendrait des services dans les cas graves.

Les *hémorrhagies*, quand elles sont un peu abondantes et renouvelées, demandent un traitement local sur lequel nous reviendrons plus particulièrement en traitant du *purpura hemorrhagica*.

DU PURPURA.

C'est seulement à la fin du siècle dernier qu'on a commencé à séparer le *purpura essentiel* des pétéchies qui apparaissent comme symptômes dans un grand nombre de fièvres, et pendant la cachexie dans la plupart des maladies chroniques. Le purpura est donc une maladie

essentielle, ayant pour caractère positif la présence de nombreuses pétéchies, et pour caractère négatif l'absence de l'affection gengivale. Ce caractère négatif distingue le purpura du scorbut.

Le purpura se présente sous trois formes : 1° la *forme bénigne* ou *purpura simple*; 2° la *forme chronique*; 3° la *forme hémorrhagique*.

Forme bénigne. Cette forme est caractérisée par une éruption de pétéchies, sans hémorrhagies par les membranes muqueuses. Elle présente à étudier deux variétés : dans un premier degré, la maladie est constituée par une simple éruption; dans un degré plus élevé, elle présente plusieurs éruptions successives.

1re VARIÉTÉ. — L'éruption est précédée de quelques jours de malaise, avec inappétence, céphalalgie et courbature; les symptômes s'accompagnent souvent d'un mouvement fébrile plus ou moins intense. Alors apparaissent les taches du purpura. Ce sont de petites ecchymoses sous-cutanées, de la grosseur et de la forme d'une lentille, d'une couleur qui varie du rouge-sang au noir; elles siégent principalement aux membres et surtout aux membres inférieurs; cependant on en a observé quelquefois sur les paupières, mais le fait est rare. Ces taches, étant formées par un petit épanchement sanguin, ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Il apparaît quelquefois, dans différents points des membres supérieurs, de petites tumeurs circonscrites très-dures, sans changement de couleur à la peau, et qui se forment très-rapidement; elles sont dues à de petites hémorrhagies du tissu cellulaire. La tendance aux extravasations sanguines est telle dans cette maladie, qu'une pression un peu forte sur une partie quelconque détermine facilement la formation d'une ecchymose.

Dans la variété que nous étudions, l'éruption est complète dès les premiers jours de la maladie; puis immédiatement le travail de résorption commence, les taches passent du brun au vert et au jaune et disparaissent comme toutes les ecchymoses. La durée de la maladie est tout au plus de deux septénaires.

2e VARIÉTÉ. — La seconde variété est constituée par des éruptions successives qui présentent la plus grande analogie avec l'éruption unique dont nous venons de donner le tableau. Ainsi, pendant la période même de résolution, le malaise, la courbature, le mouvement fébrile, reparaissent et de nouvelles taches se produisent auprès de celles qui sont déjà en voie d'absorption. La durée de cette variété se prolonge habituellement pendant plusieurs septénaires.

2e *forme. Purpura hemorrhagica.* Verloff, qui donna la première description de cette maladie, l'appela *maladie tachetée hémorrhagique*. Elle est caractérisée par une éruption de pétéchies tout à fait analogue à celle du purpura, et de plus par des ecchymoses sous-muqueuses et par des hémorrhagies multipliées. Ces hémorrhagies et un mouvement fébrile presque constant, donnent à cette forme un caractère de gravité qui la sépare complétement du purpura simple.

La maladie débute par du malaise, un sentiment d'anxiété et de courbature, remplacé bientôt par un mouvement fébrile, caractérisé principalement par un pouls grand, rebondissant, hémorrhagique; alors apparaissent les taches; elles sont plus larges que dans le *purpura simplex*, mais affectent la même forme, la même coloration et le même siége. Ce qui, dès le début, caractérise le *purpura hemorrhagica*, c'est la présence d'ecchymoses sur la muqueuse buccale et quelques épistaxis. Les pétéchies ne

précèdent pas toujours les hémorrhagies par la muqueuse, quelquefois la maladie débute d'emblée par des épistaxis et les taches n'apparaissent qu'au bout de quelques jours.

Les hémorrhagies constituent le caractère dominant de la maladie arrivée à sa période d'état ; la plus fréquente de toutes est l'épistaxis qui se renouvelle plusieurs fois par jour. Abondantes, composées d'un sang encore très-riche, elles se font avec une certaine violence, ont tout le caractère des hémorrhagies dites actives et sont suivies d'une amélioration momentanée. Au commencement les accidents s'arrêtent avant que le malade soit trop affaibli ; mais, après une rémission de courte durée, les hémorrhagies recommencent avec plus de violence que la première fois, aux épistaxis s'ajoutent les hémorrhagies buccales et les hématuries, quelquefois des hématémèses et des mélæna ; l'hémoptysie est infiniment plus rare. Le malade, épuisé par ces hémorrhagies multipliées, devient extrêmement faible ; les muqueuses sont décolorées ; la peau pâle, diaphane, prend l'apparence de la cire ; des lipothymies et de véritables syncopes se produisent alors avec la plus grande facilité. Cependant le pouls conserve encore le caractère que nous lui avons assigné ; il est rebondissant et souvent dicrote. Quelquefois la maladie semble s'arrêter encore pendant plusieurs jours ; mais, si l'issu doit être funeste, cette rémission incomplète est remplacé par des accidents de plus en plus graves, les hémorrhagies sont continuelles ; le sang est pauvre, décoloré, et sans plasticité ; les hémorrhagies ont revêtu à ce moment le caractère des hémorrhagies passives ; le pouls est devenu petit et dépressible, et le malade succombe soit dans l'état lipothymique, soit plus brusquement par une syncope ou par des accidents de suffocation déterminés par une apoplexie pul-

monaire; quelquefois enfin, mais très-rarement, le malade meurt dans l'assoupissement et les convulsions causées par une hémorrhagie intra-crânienne. Les rémissions dont nous avons parlé, sont quelquefois assez marquées pour que la fièvre cesse tout à fait et pour que les malades commencent à prendre de la nourriture. Le retour des accidents est presque toujours annoncé par le retour du mouvement fébrile.

Quand la maladie doit se terminer par la guérison, les hémorrhagies s'éloignent, la fièvre diminue puis disparaît tout à fait. Les pétéchies se résolvent en parcourant les mêmes phases que dans le *purpura simple*.

La *marche* de cette maladie est rémittente; sa durée est de un à trois septénaires; habituellement, elle atteint son apogée du septième au dixième jour. Il faut savoir qu'elle peut se terminer brusquement par la mort, à toutes ses périodes.

Grave a décrit une variété de purpura dans laquelle les taches pétéchiales était remplacées par une éruption érythémateuse, rouge, arrondie, et analogue à celle du typhus fever; les autres symptômes étaient en tout comparables à ceux du purpura.

La convalescence est longue. Les malades restent *anémiques* pendant longtemps. Les rechutes sont faciles, mais nous n'avons pas de renseignements sur les récidives.

Anatomie pathologique. — On trouve pour lésion les signes du genre de mort auquel le malade a succombé; presque toujours, ce sont ceux de la syncope: on rencontre des hémorrhagies dans la plupart des viscères et quelquefois dans le cerveau, ce qui ne s'observe jamais dans le scorbut. Quant aux altérations du sang, elles varient avec la période de la maladie. Dans les premiers

temps, il y a augmentation de la fibrine; plus tard la proportion d'eau augmente considérablement, la fibrine diminue et finit même par disparaître complétement (Hérard).

3° *Forme chronique.* C'est le purpura cachectique des auteurs. Il est caractérisé par des éruptions successives, des pétéchies, et, à une période avancée, par des hémorrhagies multiples.

Cette forme ne s'accompagne pas de fièvre; elle survient plus particulièrement chez les vieillards et chez les femmes soumises à des causes débilitantes. Sa durée est indéterminée. L'éruption se fait par des poussées irrégulières et présente du reste les mêmes caractères que dans les autres formes. Cette maladie est pendant longtemps compatible avec la vie, et ce n'est qu'après une très-longue durée qu'elle se complique d'hémorrhagies analogues à celles du *purpura hemorrhagica*. Cette nouvelle phase, pour peu qu'elle se prolonge, se termine rapidement par la mort.

Etiologie. — L'étiologie de cette maladie est fort obscure. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est complétement différente de celle du scorbut. Nous signalerons avec les auteurs la vieillesse, l'affaiblissement de la constitution et les conditions hygiéniques débilitantes comme cause prédisposante du *purpura simplex*. Quant au *purpura hemorrhagica*, nous l'avons toujours observé chez des enfants et chez des jeunes gens. La seule cause occasionnelle dont nous ayons constaté l'action est celle du refroidissement par des vêtements mouillés.

Traitement. — *Phosphorus* est le médicament principal dans cette maladie et doit être administré toutes les quatre heures ou même toutes les deux heures. *Belladona*, et surtout *lachesis*, viennent après *phosphorus*. *Ferrum*

perchloricum, tlaspic, millefolium, ont aussi été conseillés. *Aconitum* est indiqué tout à fait au début, quand les hémorrhagies sont actives et le pouls rebondissant. *Secale cornutum,* au contraire, convient à la dernière période et a donné alors des succès inespérés. On le prescrit à la 3e dilution.

Dans une maladie où les hémorrhagies constituent le danger principal, il ne faut pas hésiter à lutter contre ces hémorrhagies par des applications locales toutes les fois que ces applications sont possibles. Les injections avec le perchlorure de fer et le tamponnement avec de la charpie imbibée de ce liquide nous semblent les moyens les plus efficaces pour combattre localement les hémorrhagies du purpura. Ce sel doit être mêlé à l'eau dans la proportion d'un dixième, sauf à augmenter la dose et même à l'employer à 40 degrés dans le cas d'hémorrhagie incoercible. Toutefois, il faut savoir que le perchlorure de fer à cette dose agit comme caustique et peut déterminer une destruction plus ou moins étendue des tissus sur lesquels il est appliqué.

C'est pour lutter contre les hémorrhagies qu'on prescrit de donner les boissons et les aliments froids; le malade doit garder la position horizontale pour éviter les syncopes.

Quant à l'alimentation, elle doit se composer de bouillon ou de potages si le malade peut digérer ces derniers. Quand le malade commence à s'affaiblir, on doit lui faire prendre une certaine quantité de vin et même d'alcool.

DE LA LÈPRE

(TSARATH DES HÉBREUX, ELEPHANTIASIS DES GRECS.)

La lèpre est une maladie caractérisée par des plaques et des tubercules disséminés sur la peau et sur les muqueuses, par l'insensibilité des parties malades et par une cachexie dont les deux caractères principaux sont l'ulcération et la gangrène.

Il faut être aveuglé par l'organicisme le plus étroit pour avoir perdu la signification du mot LÈPRE et en avoir fait, à cause de son étymologie, le synonyme de *psoriasis*. En appelant de son nom traditionnel cette maladie terrible, qui a désolé les sociétés anciennes et celles du moyen âge, nous croyons rendre un véritable service à la nosologie.

ÉTIOLOGIE. — La lèpre a disparu de l'Europe moderne, mais on la retrouve avec tous ses caractères dans les pays chauds et dans l'extrême Nord. Cette maladie est héréditaire mais elle ne *paraît* pas être contagieuse, au moins dans notre pays. Elle atteint plus d'hommes que de femmes et le plus souvent débute avant la puberté. L'usage habituel et prolongé des viandes salées, mais principalement de la viande de porc, a une action bien constatée sur le développement de la maladie dans les pays où elle est endémique.

Les organiciens ont subdivisé la lèpre en tuberculeuse et non tuberculeuse, anesthésique et hyperesthésique, blanche, noire, etc. Toutes ces divisions ont trait à des différences qui tiennent soit à des variétés dans la colora-

tion des plaques, soit aux périodes de la maladie, et n'ont pas d'importance pratique.

1re PÉRIODE. — La lèpre débute par des malaises vagues, de la tristesse, de l'amaigrissement, et un sentiment de faiblesse générale. L'insensibilité d'un point du corps est quelquefois le phénomène initial, d'autres fois, c'est une hyperesthésie de la peau qui rend tout contact extrêmement douloureux. Cette sensibilité exagérée est un symptôme essentiellement transitoire; mais les taches fauves et purpurines ne tardent pas à se montrer. Elles apparaissent d'abord aux jambes, aux avant-bras, aux mains, puis sur la face; elles sont constituées par des plaques saillantes, boursouflées, d'une teinte foncée, ou, au contraire, d'une teinte blanche sur le nègre. Les tissus sont complétement insensibles au niveau de ces plaques, au point que les malades se brûlent sans en avoir conscience. Sur ces plaques apparaissent, plus tôt ou plus tard, des tubercules d'abord peu nombreux et peu proéminents, mais qui s'accroissent de jour en jour. Cette lésion, quand elle a acquis un certain degré, défigure les malades. Tous les traits sont horriblement déformés et grossis. On a comparé leur face à celle du lion, d'où le nom de *lèpre léonine*.

2e PÉRIODE. — Les muqueuses sont envahies par les plaques et les tubercules; les lésions de la peau s'ulcèrent et la santé générale commence à présenter des altérations profondes : amaigrissement, diarrhée, fétidité de l'haleine, faiblesse croissante. L'impuissance, quelquefois précédée de satyriasis, se montre déjà dans la période précédente, mais elle s'établit définitivement dans celle-ci. Les ulcérations lépreuses sont profondes, blafardes; elles laissent écouler un pus séreux, sanguinolent et fétide;

habituellement elles ne montrent aucune tendance à la cicatrisation.

3e PÉRIODE. — L'état des malades s'aggrave de plus en plus, les membres se rétractent, les extrémités se gangrènent et tombent. Cette mutilation se fait lentement et phalange par phalange. Le nez est rongé, sa cloison détruite; les yeux peuvent être envahis et détruits par la tumeur lépreuse. Mais le caractère constant de ces lésions est une insensibilité complète. Les malades supportent les opérations et les cautérisations sans aucune douleur.

La diarrhée colliquative, les suppurations prolongées, quelquefois une gangrène ultime, terminent cette triste existence, quand les malades ne meurent pas prématurément, suffoqués par une tumeur lépreuse de la glotte.

Si le malade doit guérir, les ulcérations se cicatrisent, la diarrhée s'arrête; les tubercules se résolvent et les forces reviennent.

TRAITEMENT. — La thérapeutique de cette maladie est encore à faire. Au début, on doit conseiller le changement de climat si les malades peuvent se déplacer.

Quant aux médicaments, *arsenicum* est le seul qui ait donné quelques résultats. *Hydrocotyle asiatica* a, dit-on, été employé avec succès; mais il n'a rien produit entre nos mains.

Des médecins ont essayé de cautériser les tubercules et les plaques lépreuses et affirment avoir eu quelques succès. Nous croyons que l'arsenic au 1000e pourrait rendre des services dans le pansement des ulcères lépreux.

LE GOITRE ET LE CRÉTINISME.

Le cadre de ce livre ne nous permet pas de consacrer beaucoup de pages à l'étude du goître, de la cachexie particulière qui l'accompagne, et du crétinisme qu'il développe chez un grand nombre d'individus. Néanmoins, comme la plupart des traités classiques sont muets sur ce sujet, nous avons cru devoir esquisser à grands traits l'histoire de cette maladie.

Le goître est une maladie caractérisée par l'hypertrophie de la glande thyroïde et par une cachexie particulière. Les kystes de la glande thyroïde constituent une affection complétement distincte du goître.

Elle se présente sous trois formes : la *forme bénigne*, la *forme commune* et le *crétinisme*.

Étiologie. — Le goître est une maladie endémique. Elle sévit dans les vallées situées au milieu des montagnes. Le Valais, la Maurienne, le Tyrol, les Pyrénées, le Jura, les Vosges, l'Écosse, sont en Europe les principaux pays dans lesquels on observe le goître. Dans certains villages, l'influence endémique est si forte que la plupart des habitants sont goîtreux et crétins; dans d'autres, au contraire, on n'observe que des cas isolés et bénins. L'*hérédité* a une influence considérable, mais seulement dans les pays où le goître est endémique. La *grossesse* est une cause occasionnelle du développement du goître. Certains auteurs regardent les efforts de la voix, l'ivrognerie, la misère comme une cause de cette maladie; mais l'action de cet ordre de causes est fort problématique. M. Chatin

s'est efforcé de démontrer que le développement du goître tenait à l'absence d'iode dans les eaux et dans l'air des pays où cette maladie est endémique. C'est l'*hypothèse* aujourd'hui la plus acceptable.

Forme bénigne. Le goître bénin est uniquement caractérisé par l'hypertrophie de la glande thyroïde, sans cachexie apparente. C'est celui que nous observons à Paris. La glande thyroïde est tuméfiée, tantôt en totalité, tantôt dans une de ses parties; la tumeur qu'elle forme est solide et élastique; habituellement elle n'est pas douloureuse, et dans notre pays elle n'atteint jamais un gros volume. Chez les femmes, elle augmente pendant la grossesse et diminue pendant l'allaitement; elle augmente aussi à l'époque des règles. Pendant cet accroissement de volume, elle devient quelquefois un peu douloureuse.

Cette maladie a une marche très-chronique et reste indéfiniment stationnaire quand on ne la traite pas.

Forme commune. Le goître devient bien plus volumineux que dans la forme précédente et forme une tumeur qui descend au devant de la poitrine et quelquefois jusqu'à l'abdomen. Si la maladie fait des progrès, le goître comprime la trachée et les nerfs respiratoires, et détermine une dyspnée plus ou moins considérable. Arrivée à un certain degré, cette maladie s'accompagne d'amaigrissement et de perte des forces.

Crétinisme. Cette forme débute dès l'enfance, et elle s'accompagne d'un arrêt de l'intelligence qui varie depuis l'imbécillité jusqu'à l'idiotisme complet. Le goître est habituellement énorme dans cette forme; cependant il peut manquer complétement.

Le crétinisme est incurable; des soins hygiéniques et une éducation appropriée améliorent à peine l'état de ces malheureux.

Traitement. — *Iodium*, *kali hydriodicum* et *spongia tosta* sont les principaux médicaments du goître. Il faut y ajouter *calcarea carbonica*, *hepar sulfuris* et *pulsatilla*.

J'administre alternativement *iodium* et *spongia tosta* un mois l'un, un mois l'autre. Si l'un des médicaments agit mieux, je le conserve seul. Je donne des doses répétées du médicament, une cuillerée toutes les deux heures, le plus souvent de la 6e dilution. S'il se produit un peu de douleur dans le goître, je suspends le médicament et j'obtiens alors une grande diminution de la tumeur. A Genève, on prescrit l'iodure de potassium à très-petites doses, quelques centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée par jour. Chaque potion est suivie d'un repos de huit à quinze jours. Cette méthode donne de bons résultats.

LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE.

Le goître exophthalmique est une maladie caractérisée 1° par des palpitations exagérées du cœur et des artères de la tête et du cou; 2° par une tuméfaction de la thyroïde; 3° par une exophthalmie. La marche de cette maladie est chronique avec des paroxysmes violents, et elle s'accompagne bientôt d'un état cachectique plus ou moins prononcé.

Cette triade pathologique peut se montrer encore comme affection symptomatique dans les maladies du cœur, et peut-être dans l'hystérie et dans la chlorose.

Le goître exophthalmique présente plusieurs formes encore mal déterminées. Cependant il est facile de distinguer une forme grave à marche plus aiguë, à paroxys-

mes extrêmement violents, et une forme moins grave à marche très-chronique, et dont les paroxysmes sont loin d'offrir la violence de ceux si effrayants de la forme grave. Néanmoins nous croirions faire de la fantaisie en décrivant méthodiquement trois formes d'une maladie à peine connue, et dont il importe avant tout de déterminer l'existence nosologique. Nous décrirons donc la maladie telle qu'elle s'est montrée habituellement, et nous nous contenterons, pour la forme grave et la forme très-chronique, de renvoyer aux observations particulières.

Trousseau décrit en ces termes le début du goître exophthalmique :

« Sans raisons bien déterminées, et cela le plus souvent chez des sujets nerveux, on remarque une certaine irritabilité; ils n'ont plus la même égalité d'humeur; bientôt leur physionomie, et surtout le regard, prend une expression qui est en rapport avec leur mécontentement subit, leur colère passagère; mais, chose remarquable, le regard conserve une expression bizarre et qui devient permanente; leurs yeux ont un éclat inaccoutumé, ils paraissent plus grands, et bientôt l'exophthalmie est manifeste. Les malades ont conscience de la mobilité de leur caractère et disent très-bien que leurs efforts sont insuffisants pour y remédier; puis ils conservent une certaine tristesse et ne peuvent se rendre compte de l'état pénible dans lequel ils se sentent. Alors ils se plaignent de battements dans la tête, dans les globes oculaires, le long du cou; mais ce qui les inquiète surtout, ce sont les palpitations de cœur, qui bientôt deviennent si fréquentes et si violentes, qu'ils en conçoivent une grande inquiétude. » (Trousseau, *Clinique médicale*, t. II, p. 622.)

Cependant la glande thyroïde grossit de plus en plus, le goître devient manifeste, et la maladie se trouve ainsi constituée par ses trois symptômes principaux : palpi-

tations cardiaques et artérielles, goître, exophthalmie.

Ces symptômes ne restent pas longtemps isolés, et l'état cachectique, un état cachectique tout particulier, ne tarde pas à se manifester; les malades maigrissent et pâlissent, en même temps qu'ils sont pris d'une faim vorace, qui leur permet de prendre des quantités d'aliments considérables. Mais une diarrhée rebelle et débilitante, des troubles variés de la digestion, une anorexie passagère, des insomnies continuelles, ne permettent pas à cette alimentation excessive d'être réparatrice; et l'amaigrissement, l'anémie, la dyspnée croissante, puis la bouffissure, l'œdème et quelquefois des hémorrhagies viennent compléter le tableau de la cachexie exophthalmique. Chez les femmes les règles se suppriment toujours.

Plus tôt ou plus tard, souvent dès le début de la maladie, les malades éprouvent des paroxysmes de palpitations et de dyspnée, qui, dans certains cas, ont été jusqu'à l'asphyxie et nécessité la trachéotomie. Ces paroxysmes s'annoncent par une augmentation considérable des palpitations cardiaques et artérielles; le cœur bat cent quarante, cent cinquante fois par minute, son choc contre la poitrine ébranle tout le thorax; les artères carotides participent à cette surexcitation, tandis que le pouls reste petit et déprimé. Sous l'influence de ces palpitations violentes, le goître se gonfle, augmente de volume; la face s'injecte et se tuméfie; les yeux semblent prêts à être chassés de leur orbite, et le malade, assis sur son lit, en proie à une dyspnée violente, présente, dans les paroxysmes graves, les signes de l'asphyxie commençante: la face tuméfiée est d'un rouge sombre, les lèvres bleuâtres, les extrémités froides; l'anxiété est extrême.

Ces paroxysmes durent de quelques heures à quelques jours, se terminent quelquefois par une hémorrhagie

nasale, et laissent après eux le malade à peu près dans l'état où il était avant cette aggravation.

La maladie se prolonge ainsi pendant des mois et souvent pendant une année. Elle se termine quelquefois par la mort, puisque Trousseau parle d'un cas où la trachéotomie, pratiquée pendant un paroxysme, fut suivie d'une hémorrhagie mortelle, et que les médecins étrangers ont pu faire plusieurs autopsies de malades atteints du goître exophthalmique; mais le plus souvent la maladie se termine par un retour plus ou moins complet à la santé, à l'occasion d'une grossesse, d'un changement de pays ou d'un traitement approprié.

Nous allons maintenant étudier en particulier chacun des symptômes principaux qui caractérisent le goître exophthalmique.

Les *palpitations cardiaques et artérielles* constituent le symptôme principal de la maladie, celui sans lequel il n'y a ni goître ni exophthalmie.

Les *palpitations cardiaques* sont extrêmement précipitées et violentes, et elles peuvent être entendues à distance; quelquefois elles déterminent la voussure précordiale; toujours elles sont douloureuses et rendent impossible tout effort, tout mouvement un peu précipité.

Un bruit de souffle systolique plus ou moins sec existe à la base du cœur; et quelques auteurs ont constaté une augmentation de la matité que présente la région précordiale à l'état physiologique.

Les palpitations cardiaques s'accompagnent de *palpitations des artères du cou et de la tête*. Il semble que ces vaisseaux aient augmenté de nombre et de calibre. Le malade sent des battements énormes dans les orbites et dans la tumeur thyroïdienne. Celle-ci, parcourue par des vaisseaux nombreux et dilatés, est le siége de battements avec expansion comme les tumeurs anévrysmales. Un

bruit de souffle bien plus fort que celui qui caractérise l'anémie se fait entendre dans les carotides et dans le goître lui-même.

Le trouble du système artériel présente un caractère très-remarquable qui est propre au goître exophthalmique. C'est le désaccord qui existe entre la circulation du cou et de la tête, et la circulation du reste du corps. Ainsi, tandis que les carotides bondissent à chaque pulsation cardiaque, les artères radiales offrent un pouls petit et quelquefois misérable.

Le *goître* se développe quand les palpitations existent déjà depuis quelque temps. Habituellement il est volumineux, mou, et offre au toucher la sensation d'une tumeur anévrysmale. L'hypertrophie peut atteindre les deux lobes de la thyroïde et le pont qui les unit. Mais le plus souvent, d'après Trousseau, c'est le lobe droit qui est le plus développé. Pendant les paroxysmes, la tumeur est le siége de battements très-violents, et elle peut doubler de volume en quelques heures, comme aussi elle rentre dans ses premières limites quand l'orage pathologique est calmé. Lorsque la maladie tend à la guérison, le goître diminue, durcit et devient moins vasculaire.

Trousseau a observé des cas dans lesquels le goître était à peine marqué, et d'autres où il n'existait pas, au moins pendant une partie de la maladie.

L'*exophthalmie* se développe concurremment avec les autres symptômes; elle peut être plus ou moins prononcée; et on a observé tous les degrés de ce symptôme, depuis la simple proéminence des globes oculaires jusqu'à la luxation de l'œil. A la différence de l'hydropisie de l'œil, qui se traduit par une augmentation de la convexité de la cornée, l'exophthalmie se caractérise par la projection en avant du globe oculaire tout entier. L'œil

est clair, brillant, humide, et ses milieux sont parfaitement transparents. Quand l'exophthalmie est très-prononcée, on distingue parfaitement, à leur couleur, les attaches des muscles de l'œil; la paupière supérieure, pendant le sommeil, recouvre incomplétement le globe oculaire; et, dans la violence des paroxysmes, alors que les symptômes s'exagèrent, il est arrivé que l'œil a été tellement porté en avant, que la paupière s'est trouvée engagée en arrière de la grande circonférence du globe oculaire, et qu'il a fallu un effort notable pour le ramener en avant. C'est là ce qu'on a appelé la *luxation de l'œil.*

L'exophthalmie est toujours double; quelquefois elle est plus prononcée d'un côté, et alors c'est du côté droit.

Jamais on n'a constaté de diplopie.

L'*étiologie* du goître exophthalmique est encore assez obscure. Cependant nous connaissons déjà un certain nombre de circonstances qui favorisent son apparition.

La jeunesse est l'*âge* dans lequel on a le plus souvent observé cette maladie, et la femme est le *sexe* qui en a offert le plus d'exemples.

Les *émotions morales* dépressives, comme la *tristesse*, ont aussi une influence manifeste sur le développement de quelques cas dont nous possédons l'histoire, et la *peur* a joué plusieurs fois le rôle de *cause déterminante.*

Nous avons peu de chose à dire sur le *traitement* du goître exophthalmique, parce que l'expérience thérapeutique est encore bien neuve sur cette maladie. La plupart des médecins qui ont eu l'occasion de l'observer sont d'accord pour reconnaître les mauvais effets de la médication ferrugineuse, et surtout de la médication iodée.

La digitale à haute dose a toujours modifié avantageusement l'ensemble des symptômes en diminuant l'énergie

de la contraction cardiaque. Il en est de même de l'application de la glace sur le goître et sur la région du cœur.

L'hydrothérapie contribue beaucoup au rétablissement des malades en relevant les forces, et, chez les femmes, en contribuant puissamment au retour de la menstruation.

Les *paroxysmes* présentent des indications particulières : il faut au plutôt calmer les battements du cœur et diminuer la tuméfaction de la thyroïde, qui détermine l'asphyxie par compression de la trachée-artère et des nerfs laryngés.

La digitale à haute dose, 10 gouttes de teinture toutes les heures et de la glace sur la région antérieure du cou et de la poitrine sont des moyens propres à lutter contre l'asphyxie imminente qui accompagne les paroxysmes violents; la trachéotomie a été essayée dans un cas désespéré et suivie d'une hémorrhagie mortelle. Si la suffocation devient telle qu'on soit obligé d'avoir recours à cette ressource ultime, on ferait bien de se servir de l'écraseur linéaire pour diviser les parties molles.

Nous n'avons pas de renseignements sur le *traitement homœopathique* de cette maladie, mais nous croyons qu'en considérant l'ensemble des symptômes, on sera très-porté à conseiller l'iode contre cette maladie. Les aggravations produites par les doses massives de cette substance sont une raison de croire que les doses infinitésimales auraient un résultat très-favorable. L'*arsenic* et la *digitale* sont les deux autres médicaments que nous voudrions essayer dans le traitement du goître exophthalmique. Le *sambucus* est le médicament qui nous semble le mieux convenir pendant les paroxysmes.

MALADIE D'ADDISSON

(MALADIE BRONZÉE).

On a donné ce nom, depuis quelques années, à une affection habituellement de nature scrofuleuse, caractérisée par une coloration brune, plus ou moins foncée, étendue à tous les téguments, et par la dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales. On a observé une affection analogue dans l'alcoolisme chronique, à la suite des couches, et surtout pendant la cachexie cancéreuse. La *maladie d'Addisson* existe-t-elle comme espèce morbide? Les nombreuses observations que nous avons lues ne nous permettent pas d'affirmer ce fait, pour lequel nous laissons un point d'interrogation.

La coloration bronzée de la peau peut se manifester sans lésion des capsules surrénales. Les cas s'observent principalement chez les scrofuleux et chez les cancéreux. De même, on observe quelquefois la dégénérescence scrofuleuse ou cancéreuse et d'autres altérations des capsules, sans coloration morbide de la peau. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et la relation établie par Addisson est vraie en général.

La maladie bronzée est caractérisée, en outre de la coloration des téguments et de la lésion des capsules surrénales, par une perte croissante des forces animales. Ce symptôme est constant; il existe dès le début et précède l'amaigrissement de plusieurs mois; et quand il se montre d'une manière persistante, sans causes évidentes, il doit faire songer à la *maladie d'Addisson*. Les vomissements, les douleurs des reins, les syncopes, un refroidissement très-marqué, sont des symptômes fréquents de la maladie.

La coloration de la peau a pour caractère d'être générale ; elle est plus marquée au visage, aux mains et aux parties qui ont été le siége d'une lésion, à la place d'un vésicatoire, par exemple. Jamais elle n'apparaît par taches séparées, elle est générale ou se généralise vite ; elle est uniforme ; pour la teinte elle rappelle la coloration des mulâtres.

Cette affection a une marche habituellement chronique et même toujours longue quand elle débute chez une personne bien portante ; sa marche peut être rapide, au contraire, et sa durée courte, quand elle apparaît au milieu d'un état cachectique.

Les capsules surrénales subissent l'évolution tuberculeuse à la manière des ganglions lymphatiques. Infiltration grise avec hypertrophie de l'organe ; transformation de l'infiltration grise en matière jaune, laquelle se ramollit : d'où suppuration, abcès tuberculeux, dépôts crétacés, etc.

Les capsules surrénales ont une structure qui rapproche beaucoup ces organes des ganglions nerveux ; elles sont en rapport très-intime avec les ganglions semi-lunaires et les branches abdominales du grand sympathique. Souvent on a observé dans la *maladie d'Addisson* la destruction plus ou moins complète de ces filets nerveux et des ganglions semi-lunaires. Lésion extrêmement importante pour l'explication des vomissements et des lipothymies, si fréquents dans cette affection, et qui permettra peut-être un jour d'expliquer la formation si abondante de matière pigmenteuse qui donne lieu à la coloration bronzée.

Traitement. — La pathogénésie et la clinique sont également muettes sur le traitement de cette maladie. Le quinquina, le fer et les toniques, administrés à haute

dose, n'ont empêché la terminaison funeste chez aucun des malades traités par l'allopathie; mais l'homœopathie n'a pas non plus enregistré de succès dans cette affection.

La nature scrofuleuse de la lésion, la cachexie si prompte à se manifester dans cette affection, indiquent *sulfur, calcarea, arsenicum;* peut-être *silicea.* Bœninghausen signale *antimonium, nitri acidum, secale cornutum, spigelia,* parmi les médicaments qui produisent une coloration noirâtre de la peau. Ce renseignement serait excellent, mais je dois dire que vérification faite dans la matière médicale de Hahnemann et de Roth, je n'ai rien trouvé dans l'histoire de ces médicaments qui se rapporte à la *coloration bronzée* de la peau dans la *maladie d'Addisson;* tout est donc encore à faire sur ce point.

LA PELLAGRE.

C'est une maladie caractérisée par un érythème particulier, par une cachexie dont les principaux traits sont la diarrhée, la mélancolie et une paralysie générale et incomplète.

Cette maladie est endémique en Lombardie, dans certaines contrées de l'Espagne et dans les Landes. Elle existe à l'état sporadique dans tous les pays; mais alors c'est une maladie très-rare, tandis que, d'après la statistique moderne, il existe 20,000 pellagreux en Lombardie.

La pellagre se présente sous des formes bien diverses : *forme bénigne, forme commune, forme grave,* connue sous le nom de *typhus pellagreux.*

Forme commune. Elle débute au printemps par l'éry-

thème des mains ; une chaleur brûlante à la plante des pieds ; des vertiges, et quelquefois une impulsion à marcher en avant. A ces symptômes s'ajoutent bientôt une diarrhée habituelle, avec affaiblissement des membres inférieurs et un certain degré de mélancolie. La maladie s'aggrave pendant les chaleurs de l'été, diminue à l'automne et disparaît complétement à l'entrée de l'hiver.

Au commencement du printemps, l'érythème et les autres symptômes reparaissent pour suivre la même marche que l'année précédente ; seulement, d'année en année, les symptômes augmentent d'intensité. La diarrhée épuise les malades ; la paralysie des membres inférieurs est assez marquée pour empêcher la station ; elle est quelquefois remplacée par des roideurs tétaniques ou par des accès éclamptiques. La mélancolie est souvent portée jusqu'au suicide.

Arrivée à sa période ultime, la maladie ne disparaît plus pendant l'hiver, quoique constamment elle présente une rémission marquée pendant cette saison.

Les malades succombent habituellement à la phthisie pulmonaire, ou à l'épuisement amené par la diarrhée ; ou à une phlegmasie ultime.

A moins de complication, il n'y a point de fièvre pendant cette maladie ; l'appétit est habituellement conservé. Les symptômes de paralysie, de convulsions et d'aliénation sont très-variables. Chez beaucoup de malades, ils sont limités à un affaiblissement des membres inférieurs et à une mélancolie profonde ; d'autres offrent assez bien l'aspect des *aliénés paralytiques ;* quelques-uns ont de violentes attaques de *manie*.

Le caractère le plus constant de l'aliénation pellagreuse est l'impulsion suicide, impulsion à se noyer surtout ; quelquefois aussi l'impulsion homicide.

L'érythème, caractéristique de la pellagre, se déve-

loppe d'abord au dos des mains et de l'avant-bras, à la face, au haut de la poitrine et à la partie inférieure des jambes ; l'insolation a une grande influence sur le développement de cet érythème. Cependant des auteurs modernes ont prétendu l'avoir observé sur des parties du corps habituellement recouvertes par les vêtements.

L'affection pellagreuse de la peau se borne souvent à une simple desquamation sans rougeur et sans inflammation : d'autres fois, il y a un érythème véritable, avec rougeur et même formation de bulles ; mais toujours la lésion se résume en une desquamation brunâtre disposée par plaques, par îlots irréguliers ; quelquefois cette desquamation forme des zones successives dont le bord inférieur est marqué par une teinte plus foncée. Au commencement, l'affection cutanée ne laisse pas de trace pendant l'hiver, puis la peau reste plus lisse et comme amincie.

Cette forme de la maladie peut se prolonger pendant des années.

Forme bénigne. Caractérisée presque uniquement par l'affection cutanée, les symptômes de cachexie ne se montrent jamais, et la maladie disparaît toujours pendant l'hiver.

Forme maligne. Elle est décrite par les médecins italiens sous le nom de *typhus pellagreux ;* elle a une marche très-aiguë. Le mouvement fébrile est intense et continu ; les malades, dans le décubitus dorsal avec paralysie incomplète des membres, sont en proie à un délire continuel ; la langue est sèche et tremblante ; il y a des soubresauts des tendons et de la carphologie ; une diarrhée abondante et involontaire. Beaucoup de ces malades succombent à la fin du deuxième ou du troisième septénaire ; d'autres, arrivés au plus haut point de la maladie, guérissent très-rapidement. Des autopsies répétées ont

démontré qu'il ne s'agissait point ici de fièvres typhoïdes.

Étiologie. — Maladie endémique débutant souvent dès l'enfance, la pellagre ne paraît pas contagieuse; l'influence héréditaire est admise par les médecins italiens. On a attribué la pellagre à l'usage du maïs, et surtout du maïs malade; mais des recherches plus récentes ont démontré l'inanité de cette hypothèse, en sorte que nous ignorons encore la cause de la pellagre.

Traitement. — Une bonne nourriture et des bains suffisent souvent pour arrêter la maladie à son début; mais quand elle est confirmée, ces moyens sont insuffisants.

Arsenicum et *secale cornutum* sont les médicaments qui nous paraissent indiqués par l'ensemble des symptômes.

Les diverses affections qui compliquent souvent la pellagre demandent le traitement de ces affections. Il faudra donc se reporter à l'histoire de la folie, de la paraplégie, de la paralysie générale et de la diarrhée; mais l'observation clinique nous manque presque complétement, et nous faisons appel à nos confrères de la Lombardie pour nous donner le traitement homœopathique de la pellagre.

DES FIÈVRES

Les fièvres constituent une classe de maladies caractérisée par un mouvement fébrile, des affections locales multiples et hors de proportion avec le mouvement fébrile.

Les fièvres se divisent en trois grandes classes : *fièvres éruptives, fièvres continues, fièvres intermittentes.*

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Elles sont caractérisées par une éruption à la peau ; éruption qui survient quelques heures ou quelques jours après le début de la fièvre. Elles sont contagieuses, épidémiques, et habituellement elles ne sévissent qu'une fois sur le même sujet. Les fièvres éruptives sont au nombre de huit : la *rougeole,* la *roséole,* la *scarlatine,* la *variole,* la *vaccine,* la *varicelle,* la *fièvre ortiée* et l'*érythème noueux.*

LA ROUGEOLE.

C'est une fièvre éruptive caractérisée par l'inflammation de la membrane muqueuse respiratoire et par une éruption de papules rouges, très-larges, irrégulièrement

festonnées, et séparées en quelques points par des portions de peau restées saines; cette éruption se termine par une desquamation farineuse.

La rougeole présente quatre formes: *forme commune, forme bénigne, forme maligne* et *forme anomale.*

Forme commune. — Elle présente deux variétés : la *forme commune* proprement dite et la variété *broncho-pneumonique.*

1re *variété.* Après une *incubation* de quelques jours, mais dont la durée n'a pu être encore exactement déterminée, la rougeole débute par un mouvement fébrile, accompagné de tous les symptômes du rhume avec coryza intense.

Période catarrhale, durée quatre jours. Le mouvement fébrile débute par le froid et quelquefois par des frissons; chez les très-jeunes enfants ces frissons peuvent se convertir en convulsions; en même temps le nez coule, il y a des éternuments fréquents, les yeux sont rouges et larmoyants. Les malades sont pris d'une toux sèche et fatigante. Ces symptômes se calment le matin pour reprendre le soir avec plus d'intensité. Le mouvement fébrile est franchement rémittent et quelquefois intermittent. La toux augmente chaque jour et devient incessante, spasmodique, presque sèche, avec expectoration d'un mucus transparent; elle prive le malade de sommeil et le fatigue extrêmement. La gorge est douloureuse et présente souvent, dès le troisième jour, une éruption papuleuse qui permet de pronostiquer celle de la peau. Enfin, après un accès fébrile plus violent, le soir du quatrième jour, l'éruption apparaît à la face et au cou.

Les *vomissements* sont très-rares au début de la rougeole, et c'est là un symptôme négatif important. Les épistaxis, au contraire, sont fréquentes, surtout dans cer-

taines épidémies et chez certains sujets, où par leur répétition et leur abondance elles constituent une complication très-grave. C'est aussi dans cette première période qu'on observe de la somnolence chez les très-jeunes enfants.

Période d'éruption, durée trois jours. L'éruption apparaît d'abord à la face, vers les tempes, sur la peau qui recouvre la mâchoire inférieure et le cou ; elle envahit ensuite les mains, la poitrine, puis les membres ; elle débute par de petites papules rosées, assez saillantes. Celles-ci s'étendent bientôt en larges taches, en même temps qu'elles deviennent plus foncées ; elles sont festonnées et saillantes sur leurs bords. Plus ou moins abondantes, *confluentes* ou *discrètes*, elles ne constituent jamais une rougeur uniforme et qui ne permettrait plus de reconnaître leurs contours primitifs. Quelquefois, elles présentent des papules très-saillantes ayant une ressemblance grossière avec l'éruption variolique à son début, c'est la *rougeole boutonnée*. Cette éruption s'accompagne d'un gonflement notable, surtout à la face et aux mains ; elle atteint son plus grand développement le troisième jour de la maladie.

Pendant cette période, la catarrhe et la fièvre diminuent. Les épistaxis et la diarrhée ne sont pas rares et peuvent constituer une complication sérieuse. La *laryngite striduleuse* est une complication plus rare et habituellement sans gravité.

Période de desquamation. La fièvre tombe tout à fait, l'éruption pâlit, présente des teintes cuivrées et disparaît. La toux devient grasse, facile, avec des *crachats nummulaires*, comme dans la phthisie ; le sommeil et l'appétit reviennent, la desquamation commence à la face, elle est farineuse et non par lambeaux. Quelquefois, elle est presque insensible. Sa durée n'a pas de limites fixes et varie de huit jours à trois semaines.

2° *variété. Broncho-pneumonique.* Beaucoup plus grave que la précédente, elle est caractérisée par le développement d'une broncho-pneumonie, qui prolonge beaucoup la durée de la maladie et se termine fréquemment par la mort.

C'est vers la fin de la deuxième période que cette variété commence à se caractériser. Le mouvement fébrile au lieu de diminuer augmente, la respiration s'accélère, la toux devient moins convulsive et plus fréquente ; les râles sibilants et ronflants, disséminés, se multiplient, deviennent plus forts et se changent en râles sous-crépitants ; la *broncho-pneumonie* est établie. Cette affection est extrêmement grave dans la rougeole; chez les petits enfants et à l'hôpital elle tue presque tous les malades qu'elle atteint. Nous n'avons pas à décrire ici la bronchite grave, dont l'histoire viendra en son temps, disons seulement que la rougeole lui donne un caractère de ténacité tout particulier et que je l'ai vue se prolonger plus de deux mois et se terminer cependant par la guérison.

Terminaison. La mort peut survenir par convulsion, épistaxis, mais plus fréquemment par la broncho-pneumonie.

La guérison est précédée d'une période de convalescence pendant laquelle on observe quelquefois de l'albuminurie et des attaques d'éclampsie. La rougeole prédispose singulièrement aux développements des affections scrofuleuses : ophthalmies, éruptions diverses, méningites, mais principalement phthisie pulmonaire. Le médecin doit avoir constamment présent à l'esprit cette influence fâcheuse de la rougeole sur le développement de la scrofule, afin de surveiller la convalescence.

Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'absence de la première période, l'éruption apparaît avec le premier

accès de fièvre, quelquefois même la fièvre manque complétement et la maladie est constituée par l'éruption et le catarrhe. Ce dernier est toujours fort bénin.

Forme maligne. — Elle présente deux variétés : *rougeole ataxique* et *rougeole hémorrhagique*.

Rougeole ataxique. La première période est plus longue ou plus courte que dans la *forme commune*. Le pouls est très-fréquent, mais petit et faible; la peau est tantôt brûlante, tantôt presque fraîche. Il y a souvent des vomissements et des diarrhées séreuses excessives. Les malades sont faibles et ont quelquefois des défaillances.

L'éruption est habituellement pâle et discrète; il est fréquent de la voir commencer par le tronc et laisser la face presque complétement indemne. Le mouvement fébrile augmente beaucoup pendant cette période, le pouls bat 140 à 160 fois par minute, la chaleur dépasse 40 degrés. Il y a habituellement une diarrhée abondante, de la stupeur, de la prostration, rarement du délire. A la fin du premier ou du second septénaire, la peau se refroidit, la respiration s'embarrasse et les malades meurent en grand nombre. D'autres fois une gangrène de la bouche, de la vulve ou du poumon, plus rarement la diphthérie, viennent terminer la scène.

Quand les malades doivent guérir, la chaleur devient plus normale, le pouls diminue de fréquence et les forces reviennent.

Variété hémorrhagique. Les hémorrhagies multiples et répétées caractérisent cette variété. L'épistaxis et l'hémorrhagie intestinale dominent la scène morbide. Les taches de purpura sont souvent mêlées aux taches rubéoliques; quelquefois elles apparaissent plus tard.

La mort peut arriver par lipothymie ou par un des accidents de la variété précédente.

Forme anomale. — Ce sont des anomalies dans la durée des périodes; ainsi il y a des exemples d'une période catarrhale ayant duré vingt jours; d'autres fois une période manque. Il y a des rougeoles sans éruption; dans certaines épidémies on observe des malades qui présentent tous les symptômes de la période catarrhale mais qui n'ont pas d'éruption.

Anatomie pathologique. — Elle se résume en ceci. Dans la forme commune, lésion de la broncho-pneumonie; dans la forme maligne : sang liquide, de couleur vineuse, ramollissement des organes.

Etiologie. — La rougeole est une maladie *contagieuse*. Quoique habituellement elle ne sévisse qu'une fois pendant la vie, il n'est pas très-rare de rencontrer des sujets qui présentent plusieurs récidives. Habituellement, mais non toujours, la première atteinte est seule sérieuse. Il est probable que cette maladie ne se développe jamais spontanément en Europe. Ainsi, dans les îles Féroé, sur une population de 7,000 habitants, on a été soixante-cinq ans sans en observer un seul cas, puis la maladie ayant été importée par un navire, 6,000 habitants furent atteints. Ce fait démontre en même temps l'extrême fréquence de la prédisposition à la rougeole. La rougeole est difficilement inoculable, le sang et les larmes ont servi à cette *inoculation*, l'incubation a été de sept jours.

C'est après l'*âge* de six mois que la maladie commence à être fréquente, et c'est pendant la première et la seconde enfance qu'habituellement chacun paye son tribut à la maladie.

C'est ordinairement *au printemps* que sévissent les épidémies de rougeoles, en même temps que les *coqueluches* et les *oreillons*.

Traitement. — L'*aconitum* et la *pulsatilla* ont été préconisés comme traitement prophylactique de la rougeole, l'*aconit* à la 6e dilution, une dose chaque jour, m'a semblé préserver de la rougeole.

Traitement de la forme commune. Aconitum et *pulsatilla* sont indiqués dans la première période. *Aconit* doit être préféré quand la fièvre est intense avec soif vive, ce qui a lieu presque constamment. *Pulsatilla* doit être réservée pour les cas inverses. L'*otalgie* est encore une indication de *pulsatilla*.

Viola odorata et *coffea* peuvent être administrés alternativement contre la toux férine. *Euphrasia* serait préféré si le coryza et le larmoiement étaient considérables; mais, en général, il vaut mieux s'en tenir à *aconit*. Le même médicament doit être continué pendant toute la deuxième période quand il n'y a pas de complication. *Pulsatilla* convient contre la toux grasse de la période de desquamation, et *sulfur* sera administré ensuite pendant quelques semaines, une dose tous les huit jours, pour prévenir les accidents scrofuleux.

Les *convulsions* qui peuvent survenir dans la première période, réclament surtout *belladona* et *æthusa;* l'otite, *belladona* et *pulsatilla;* la diarrhée, *dulcamara,* mais surtout *veratrum*. (Voir le traitement de ces différentes affections.)

Variété broncho-pneumonique. C'est le traitement de la *bronchite grave*. *Ipeca* et *bryonia,* alternés toutes les deux heures, forment la base de ce traitement. *Bryonia* a été indiqué pour rappeler une *éruption répercutée*. Or, une éruption répercutée n'est autre chose qu'une rougeole dans laquelle la gravité de la broncho-pneumonie fait pâlir l'éruption.

Phosphorus, tartarus, kermes, arsenicum, pulsatilla,

sulfur, sont après *ipeca* et *bryonia* les médicaments principaux.

Forme maligne. Arsenicum est le médicament principal de la *forme maligne*. Les accidents hémorrhagiques, gangréneux ou diphthéritiques créent des indications particulières de *china* et *lachesis* pour la gangrène; *phosphorus* et *mercurius* pour les hémorrhagies; *hepar sulfuris, iodium* et *bromum* contre la diphthérie. (Voir *Gangrène, Hémorrhagie, Diphthérie*); mais *arsenicum* répond à tous les accidents et doit être employé en première ligne.

Dans les épistaxis graves il ne faut pas hésiter à employer le perchlorure de fer et le tamponnement.

Hygiène. — Séjour au lit jusqu'à ce que l'éruption soit entièrement effacée; séjour à la chambre jusqu'après le vingt et unième jour; diète absolue les premiers jours. Puis à mesure que la fièvre diminue, donner des bouillons et même des potages. S'il n'existe pas de diarrhée, l'alimentation doit être poussée rapidement. Dans la forme maligne il faut alimenter les malades le plus possible, dès les premiers jours il faut donner des bouillons. Plus tard, quand l'adynamie se prononce, essayer un peu d'eau rougie et sucrée pour tisane, et augmenter les doses de vin si les malades s'en trouvent bien.

Dans la forme commune, la meilleure tisane est la fleur de mauve avec un peu de lait; l'eau d'orge, l'eau de gomme peuvent encore être prescrites.

LA ROSÉOLE.

C'est une fièvre éruptive caractérisée par une éruption fort analogue à la rougeole, mais sans le catarrhe concomitant.

Définition. — Cette maladie est contagieuse; elle peut récidiver plus fréquemment encore que la rougeole ; elle ne préserve pas de cette dernière et réciproquement; elle marche par épidémie. Il ne faut pas confondre avec cette fièvre éruptive les roséoles *syphilitiques, rhumatismales,* ou *cholériques*, qui ne sont que des symptômes.

Division. — La roséole se présente sous deux formes : *forme commune* et *forme bénigne*.

Forme commune. La *forme commune* débute par un frisson et des vomissements. Chez les petits enfants, elle peut s'accompagner de convulsion et simule quelquefois la méningite. Avec le premier accès fébrile apparaît une éruption de plaques à bords festonnés comme dans la rougeole, mais plus pâle que dans cette maladie. L'éruption dure vingt-quatre ou quarante-huit heures; elle laisse des taches jaunâtres qui disparaissent à leur tour avec ou sans desquamation. Souvent une seconde et une troisième éruption se succèdent chez le même malade, et donnent à la roséole une durée d'un septénaire à un septénaire et demi. L'éruption se fait souvent et principalement au tronc et aux membres; cependant elle peut aussi se manifester à la face. Il n'y a pas d'accidents consécutifs.

Forme bénigne. Elle est constituée par l'éruption seule, sans fièvre, sans malaise, sans éruption successive; sa durée est de trente-six à quarante-huit heures.

Etiologie. — La roséole est épidémique et contagieuse; elle sévit principalement chez les enfants pendant le dentition, chez les femmes à peau fine; elle est plus fréquente en été.

Traitement. — Il consiste dans les soins hygiéniques indiqués à propos de la rougeole. Quelques doses d'*aconitum* si la fièvre est intense, et *copahuva* si l'éruption récidive.

LA SCARLATINE.

Définition. — La scarlatine est caractérisée par une éruption d'un rouge uniforme; il existe en même temps une angine spéciale.

Cette maladie est autrement grave que la rougeole; elle expose le médecin à bien des mécomptes, parce qu'elle est sujette à des accidents et qu'elle se termine quelquefois brusquement par une mort subite et inattendue.

La scarlatine se présente sous cinq formes distinctes: la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme angineuse*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

Forme commune. — C'est la *scarlatine lisse*.

1re *période*. *Invasion*. Elle débute violemment par une fièvre intense, des vomissements et du mal de gorge.

La chaleur de la peau est excessive; le pouls petit, *obscur* et très-fréquent; la céphalalgie intense; il y a de la prostration, une tendance à la somnolence. Le malade se plaint de mal de gorge, et l'inspection de l'arrière-gorge permet de constater une rougeur vive et uniforme du pharynx. Au bout de six, douze ou vingt-quatre heures au plus, l'éruption apparaît à la face.

2e *période. Éruption.* Le mouvement fébrile continue avec la même intensité et s'accompagne d'une excessive céphalalgie avec somnolence ou délire, la peau est sèche, brûlante, le pouls petit et très-fréquent. L'éruption apparaît d'abord aux joues et presque simultanément à la poitrine, au ventre et aux cuisses. C'est d'abord une rougeur franche s'étendant uniformément et ne présentant pas de taches séparées, comme dans la rougeole. Cette rougeur, qui s'efface sous la pression, présente un pointillé plus ou moins marqué; elle devient plus foncée chaque jour, et dans les cas intenses prend une couleur un peu violacée; elle atteint son apogée le troisième jour, persiste jusqu'au septième et souvent jusqu'au dixième jour, et s'accompagne d'un gonflement notable de la face, des mains et quelquefois des pieds.

Pendant ce temps-là, il se passe du côté de la gorge et de la bouche des symptômes fort importants. La rougeur scarlatineuse du pharynx s'accompagne d'un gonflement très-marqué des amygdales, d'une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et de la production d'un enduit pultacé. La langue, qui le premier jour est très-chargée d'un enduit blanc jaunâtre, présente dès le second jour un piqueté rouge qui augmente encore le troisième jour. Le quatrième jour, elle se dépouille complétement de son épithélium; elle est entièrement rouge, ses papilles sont saillantes, et elle a l'aspect d'une fraise. Cet aspect de la

langue, qui persiste autant que l'éruption, est un signe *pathognomonique*.

3e *période*. *Desquamation*. Du septième au onzième jour, la desquamation commence. Elle apparaît d'abord à la face, vers les ailes du nez ; en même temps, le mouvement fébrile décroît et s'éteint avec le délire, la somnolence et les autres accidents cérébraux. La langue reste toujours d'un rouge uniforme ; mais elle perd son aspect chagriné par la formation d'un nouvel épithélium ; la gorge désenfle et se nettoie ; le sommeil et l'appétit reviennent, la convalescence commence.

La desquamation se fait habituellement par grands lambeaux, surtout aux mains et à la face. L'épiderme des doigts, celui qui recouvre le nez se détachent quelquefois en entier ; d'autres fois, la desquamation a lieu par petits îlots ; l'épiderme se soulève dans une multitude de petits points séparés.

La desquamation se prolonge habituellement jusqu'au vingtième jour, et souvent jusqu'au quarantième. Quelquefois elle recommence deux ou trois fois et dure pendant deux mois et plus.

Complications. Afin de faire mieux saisir la physionomie de la maladie, nous n'avons décrit que les symptômes constants ; il nous reste à indiquer les accidents et les complications qui peuvent surgir à chaque période et compromettre la vie des malades.

Convulsions. On observe très-rarement, et chez les enfants seulement, des convulsions éclamptiformes. Pendant la période d'invasion, cet accident est excessivement grave.

Les accidents de la période d'éruption sont la méningite, l'arthrite et ses complications, les phlegmons diffus.

Méningite. La *méningite* est la complication la plus fréquente et la plus grave de la scarlatine. Elle est carac-

térisée par le délire, l'agitation, puis la somnolence et le coma, et par les autres symptômes des méningites secondaires ; elle détermine la mort des malades surtout vers la fin du premier septénaire.

Arthrite. L'arthrite scarlatineuse, dont on a exagéré la fréquence, siége le plus souvent aux mains ; elle est plus fixe et cependant guérit plus facilement que le rhumatisme articulaire. Dans les cas graves, elle peut suppurer ; elle alterne quelquefois avec des pleurésies et des péricardites à marches rapides, caractérisées par la formation d'un liquide purulent très-abondant. L'endocardite est encore une complication de l'arthrite scarlatineuse.

Phlegmon diffus. C'est une complication fort rare. Ces phlegmons siégent le plus souvent au cou, s'accompagnent de suppuration énorme, quelquefois de gangrène ; ils peuvent entraîner la mort par épuisement des sujets ou par le développement d'une diathèse purulente. Quand ils guérissent, ils laissent des cicatrices et des difformités.

Accidents de la période de desquamation. Albuminurie. L'albuminurie est une complication dont la fréquence varie avec les épidémies ; elle peut apparaître dès le second jour de la maladie ; mais le plus souvent elle débute le sixième jour. Elle n'est pas nécessairement liée avec l'anasarque et l'éclampsie, puisque ces deux accidents apparaissent habituellement du quatorzième au vingt et unième jour, et que très-souvent on a constaté l'existence isolée de l'une de ces trois complications.

Éclampsie. Les attaques d'éclampsie apparaissent habituellement dans le cours de la troisième semaine ; elles s'accompagnent souvent d'anasarque et d'albuminurie.

Ces attaques d'éclampsie, ordinairement violentes et prolongées, sont quelquefois suivies d'hémiplégie ; elles guérissent très-souvent.

Anasarque. L'anasarque présente deux variétés ; dans

une première, elle s'accompagne d'un mouvement fébrile intense et d'urines sanguinolentes ; le pouls est dur, fréquent, la peau chaude; l'hydropisie fait des progrès rapides, s'accompagne d'œdème du poumon et peut déterminer la mort par asphyxie ou suffocation. Dans la seconde variété, l'anasarque ne s'accompagne pas de fièvre ; elle marche plus lentement avec des urines non sanguinolentes, mais très-souvent albumineuses. Cette variété peut, comme la précédente, déterminer l'œdème du poumon et des accidents graves.

L'*œdème de la glotte* est quelquefois lié à l'anasarque scarlatineuse, et apparaît d'autres fois comme phénomène hydropique isolé.

Affections scrofuleuses. Des affections scrofuleuses diverses, carie des vertèbres, otite et otorrhée, peuvent succéder à la scarlatine; mais ces accidents, que je n'ai jamais observés, sont excessivement rares.

Surdité. Il n'en est pas de même de la *rétraction des muscles du cou*, et surtout de la *surdité* sans otorrhée. Ce dernier accident peut être complet, définitif et entraîner la *mutité* chez les enfants, soit parce qu'ils oublient le langage articulé, soit parce qu'ils ne peuvent l'apprendre.

Forme angineuse. — Elle est caractérisée par une angine diphthéritique et par une éruption mélangée de miliaire : c'est le mal de gorge gangréneux d'Huxham. Cette forme, qui domine dans certaines épidémies, est excessivement grave, mais elle ne présente pas de caractère de malignité.

La *forme angineuse* débute comme la précédente ; seulement l'éruption commence par de petites papules saillantes au toucher, très-nombreuses, semblables à des grains de millet et très-rouges. Cette miliaire est surtout facile à constater sur les joues et les poignets. La peau ne

tarde pas à prendre la couleur rouge de la scarlatine, mais les petites papules sont toujours reconnaissables par une couleur plus foncée. Venues les premières, elles persistent encore après l'effacement de la coloration scarlatineuse.

L'angine s'accompagne d'un gonflement énorme des ganglions sous-maxillaires et de productions diphthéritiques habituellement bornées au pharynx, mais qui, dans quelques cas, s'étendent au nez et au larynx.

Terminaison. La mort arrive habituellement par les progrès de l'angine à la fin du premier septénaire. Si la maladie doit se terminer par la guérison, la fièvre tombe, les fauses membranes se détachent, et la convalescence s'établit du onzième au quatorzième jour.

Cette forme peut présenter pendant la convalescence les mêmes accidents que la précédente.

Forme bénigne.—Le mouvement fébrile est très-modéré; quelquefois il manque tout à fait; l'angine est très-bénigne : cependant l'éruption a une grande intensité. Elle s'accompagne d'une desquamation abondante qui exige les mêmes précautions que dans les autres formes.

Forme maligne. — Elle présente plusieurs *variétés*, mais elle a toujours pour caractère le désaccord des symptômes, la chute des forces de la vie végétative et un danger considérable.

1re *variété. Sans prédominance d'affection locale.* Dans cette variété, le mouvement fébrile est énorme; le pouls au-dessus de 140, la chaleur atteint 44 degrés : il y a des vomissements incessants, et la mort peut arriver au bout de douze heures, avec refroidissement, lipothymie et coma. Si le malade résiste plus longtemps, l'éruption apparaît; elle est quelquefois très-abondante et générale,

d'autres fois bornée aux poignets ou à quelques portions de la peau du tronc et des membres. La fièvre continue aussi intense; il survient du délire, des évacuations énormes; le malade succombe presque toujours vers le troisième ou le quatrième jour dans le coma, quelquefois dans une attaque d'éclampsie. Si le malade résiste jusqu'au septième jour, il y a des chances de guérison.

2e *variété. Hémorrhagique.* Comme dans la rougeole, des hémorrhagies à siége multiple, une éruption de purpura et de larges ecchymoses mêlées à la scarlatine caractérisent cette variété. La mort peut être déterminée par l'abondance des hémorrhagies ou par la malignité de la fièvre.

3e *variété. Gangréneuse.* Il y a des épidémies où on l'observe plus fréquemment; elle est caractérisée par l'apparition de gangrène de la bouche, de la vulve ou des amygdales survenant au milieu d'un état fébrile analogue à celui de la première variété; une grande prostration, la tendance au refroidissement accompagnent la formation de ces gangrènes presque toujours mortelles.

4e *variété. Diphthéritique.* Dans cette variété, la maladie s'annonce avec une bénignité apparente; la fièvre n'est pas trop violente : l'angine ne dépasse pas ses limites ordinaires, l'éruption se fait bien, puis, du quatrième au neuvième jour, quand il y a déjà une amélioration, prélude de la convalescence, lorsque la desquamation a commencé, éclate une angine diphthéritique habituellement mortelle. Le mouvement fébrile reparaît; en même temps il survient un gonflement énorme des ganglions sous-maxillaires, avec formation de fausses membranes sur les amygdales. Cette lésion qui, au début, prédomine d'abord d'un seul côté, s'étend à toute la gorge, aux fosses

nasales, et détermine la mort soit dans la prostration absolue des forces, comme dans la dipththérie maligne, soit par asphyxie et suffocation par extension de la maladie au larynx.

Forme anomale.—Quelquefois l'anomalie est caractérisée par l'absence de l'éruption; alors toute la maladie est caractérisée par l'angine scarlatineuse; d'autres fois la maladie se limite à la production d'anasarque : ainsi, pendant des épidémies de scarlatine, j'ai observé des cas nombreux d'anasarque, ayant la marche et les caractères de l'anasarque scarlatineuse, chez des enfants qui n'avaient offert ni éruption ni desquamation apparentes.

D'autres fois l'anomalie est constituée par une sorte de métissage entre la rougeole et la scarlatine. La rougeole commence d'abord, puis la scarlatine vient s'y joindre.

On a observé que, lorsque l'éruption rubéolique dominait, l'angine scarlatineuse était plus intense que la bronchite; et qu'au contraire la bronchite était plus importante lorsque l'éruption scarlatineuse prédominait.

Anatomie pathologique. — Injection de la peau et des muqueuses, gonflement des glandes de Peyer et de Brunner, hémorrhagies diverses; souvent congestion, hémorrhagies des reins; en même temps, desquamation et oblitération des *tubuli*. Le sang, d'après Andral, présente une diminution des globules. Il est diffluent comme dans toutes les fièvres malignes.

Etiologie. — Maladie contagieuse et épidémique, la scarlatine a été inoculée une seule fois, à l'aide du sang scarlatineux, par Miquel d'Amboise. Cette maladie sévit principalement au printemps et en été; elle est plus fré-

quente de 3 à 10 ans, mais elle peut survenir à tout âge. Rochoux dit qu'elle est inconnue aux Antilles.

Traitement. — *Prophylaxie.* La belladone est un bon moyen prophylactique, mais il n'est pas infaillible. 5 gouttes de teinture dans 1 litre d'eau, une cuillerée à bouche tous les deux jours aux grandes personnes, et une cuillerée à café aux enfants. L'usage de cette potion donne quelquefois lieu à une éruption scarlatiniforme.

Forme commune. Stramonium, belladona et *hyosciamus* sont indiqués pendant les deux premières périodes de la forme commune. D'après mon expérience personnelle, *stramonium* convient le plus souvent; il correspond à l'ensemble de la maladie, et est plus spécialement indiqué par le tremblement des membres, la fureur, le mutisme avec un air joyeux.

Belladona est préféré par la plupart des médecins et dans des circonstances analogues.

Opium m'a rendu de grands services quand il y a de la somnolence, du coma avec pupilles contractées.

Forme angineuse. Belladona échoue presque constamment, c'est *aconitum* qui convient au début dans cette forme; mais, dès le deuxième ou le troisième jour, *aconitum* doit être remplacé par *solubilis* et *baryta carbonica* alternés, contre l'angine.

Forme maligne. Contre la forme maligne *stramonium* est insuffisant et il faut très-rapidement arriver à *arsenicum* ou à *lachesis*. Ce dernier médicament est préféré aujourd'hui par la plupart des médecins dans le traitement des scarlatines graves, et il a procuré des guérisons inespérées; il constitue donc ici le médicament principal. *Lachesis* est encore indiqué d'une manière plus positive dans la scarlatine hémorrhagique avec chute des forces, pouls tremblant, défaillant et lipothymies.

Si la maladie n'est pas modifiée par arsenic, si la *chaleur est excessive,* il ne faut pas hésiter à employer concurremment les *affusions froides* d'une durée d'un quart de minute à une minute, avec de l'eau de 20 à 25 degrés. Si le malade est excessivement faible, on peut commencer par des *ablutions froides* avec une éponge trempée dans de l'eau à 24 degrés ; l'eau froide devra être appliquée dès le début dans les cas très-violents.

Accidents et complications. Rappelons rapidement que les complications de diphthérie réclament en outre *lachesis, bryonia* et *bromum;* l'éclampsie, *belladona, æthusa* ou le chloroforme en inhalation; l'œdème de la glotte : *solubilis, chininum sulfuricum* et quelquefois la trachéotomie: l'œdème du poumon : *phosphorus, cannabis, scilla* et *tartarus;* l'anasarque : *aconitum* contre le mouvement fébrile, puis *arsenicum, helleborus* et *cantharis.*

Soins hygiéniques. Séjour au lit jusqu'à l'entière disparition de l'éruption; séjour dans la chambre exactement fermée jusqu'à l'entière desquamation; nourrir les malades aussitôt que possible; boissons généreuses, féculentes ou légèrement acidulées par le sirop de cerises.

J'emploie, dans la scarlatine, la 3e trituration, une cuillerée toutes les deux ou trois heures, quelquefois toutes les heures.

LA VARIOLE.

La variole est une fièvre éruptive caractérisée par des pustules ombiliquées.

C'est une maladie extrêmement grave et qui, avant la vaccine, enlevait un dixième de la population. Repous-

sante par son aspect et par son odeur, la variole laisse sur les survivants des difformités irrémédiables; apportée de l'Orient comme la rougeole et la scarlatine, elle a envahi l'Europe vers le XIe siècle.

La variole présente à étudier quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

L'éruption peut être *confluente, cohérente* ou *discrète* dans la forme commune et dans la forme maligne. Le caractère de l'éruption ne peut donc arriver qu'à constituer une variété et non pas une forme.

FORME COMMUNE. — Elle présente deux variétés : *variole cohérente, variole confluente*.

1re *variété. Variole cohérente.* Elle est caractérisée par une éruption dont les pustules se touchent sans se confondre toutes comme dans la variété suivante.

L'*incubation* a une durée de huit jours dans la variole inoculée; cette durée est encore indéterminée dans les cas de contagion ordinaire.

La maladie débute par un frisson initial, bientôt suivi d'une grande chaleur fébrile avec pouls fort et fréquent. Ce mouvement fébrile s'accompagne de vomissements, d'un grand mal de tête et d'une rachialgie considérable. Presque constamment il existe une constipation opiniâtre et une tendance à la sueur. Ces deux caractères, avec le début brusque de la maladie, servent à différencier, à cette période, la variole de la fièvre typhoïde.

Le mouvement fébrile affecte le type rémittent; cette période a une durée de quatre jours.

L'*éruption* commence habituellement le soir du quatrième jour; le mouvement fébrile décroît dans la nuit et tombe le cinquième jour au matin. C'est un caractère commun à toutes les varioles qui ne sont pas malignes.

L'éruption apparaît d'abord à la face. Le premier jour, ce sont des papules rouges très-petites, mais déjà acuminées, ce qui les distingue de la rougeole ; le deuxième jour, l'éruption se généralise, envahit le tronc et les membres ; les boutons sortis la veille présentent déjà une vésicule bien apparente. Le troisième jour, les boutons augmentent beaucoup ; leur base rougit et s'enflamme ; le liquide qu'ils contiennent devient opalin ; quelques-uns s'ombiliquent. Le quatrième jour, les pustules blanchissent et s'ombiliquent ; elles se touchent toutes ; à la face, quelques-unes se confondent comme dans la confluente.

Le siége principal de l'éruption est à la face, aux mains et aux pieds. Le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds présentent des pustules, ce qui est un bon signe diagnostic ; en même temps, une éruption vésiculeuse se fait sur la muqueuse buccale, et principalement sur celle du pharynx. C'est l'éruption de la face qui sert à classer l'éruption et à décider si on l'appellera discrète, cohérente ou confluente. En effet, dans certains cas, le tronc présente par place une éruption confluente, bien que l'éruption de la face et l'ensemble des symptômes indiquent qu'il ne s'agit que d'une variole discrète.

La pustule de variole complétement développée est composée d'aréoles communiquant, contenant un liquide séreux et un disque pseudo-membraneux. Le centre de la pustule est retenu par un filament qui n'est autre chose qu'un conduit sébacé et qui produit l'ombilication.

La période d'éruption dure quatre jours.

Le huitième jour de la maladie, les pustules commencent à *suppurer*. Ce travail s'accompagne d'une inflammation considérable de la peau. La base des pustules rougit et se tuméfie ; les pustules grossissent encore et blanchissent ; la face d'abord, puis les mains et les pieds

se tuméfient considérablement. La face est hideuse, les yeux complétement fermés. En même temps que la suppuration se fait, la fièvre reparaît, c'est la *fièvre secondaire;* le pouls est fort, dur et fréquent. Cette fièvre est plus intense et surtout plus dangereuse que la fièvre d'éruption.

Le troisième jour de la période de suppuration (onzième de la maladie), apparaît une salivation abondante et visqueuse que le malade peut à peine rejeter à cause du gonflement des lèvres, et qui détermine souvent, par sa déglutition involontaire, une toux spasmodique et des accès de suffocation. Cette salivation commence avec l'éruption, mais c'est seulement au jour que nous venons d'indiquer qu'elle devient abondante et visqueuse.

Cette période dure aussi quatre jours.

Le treizième jour, quelquefois seulement le quatorzième jour de la maladie, la fièvre tombe tout à fait ou au moins diminue considérablement. Les pustules commencent à se dessécher au visage; elles deviennent jaune foncé et laissent suinter une substance épaisse ayant les apparences du miel. La rougeur et le gonflement diminuent et disparaissent rapidement. Il se forme des croûtes d'abord brunes, puis presque noires. Ces croûtes tombent et sont remplacées par d'autres plus minces, puis par de simples squames qui, en tombant, laissent de *petites cavités* qui doivent persister, et une rougeur qui dure souvent jusqu'à la fin du deuxième mois.

Les croûtes tombent en général du seizième au vingtième jour, mais un petit nombre d'entre elles persistent quelquefois jusqu'à la sixième semaine.

Dans la forme que nous décrivons et dans toutes les varioles régulières, les phénomènes de l'éruption se succèdent à presque vingt-quatre heures de distance, à la face, aux mains et aux pieds; en sorte que lorsque la

dessiccation commence à la face, les mains sont en pleine tuméfaction et que les pieds ne font que commencer à gonfler.

Convalescence et accidents consécutifs. Quand il n'existe aucune complication, la convalescence de la variole est beaucoup plus rapide que celle de la fièvre typhoïde, et les malades retrouvent leurs forces au bout de peu de temps.

L'accident le plus fréquent est la formation d'*abcès sous-cutanés*, habituellement multipliés au nombre de cinq ou six. J'en ai vu jusqu'à trente ; ils se développent rapidement, presque sans douleur, et sans inflammation ; ils n'offrent aucun danger.

Les *phlegmasies purulentes* qui surviennent pendant la convalescence sont au contraire extrêmement graves. Ce sont principalement des arthrites et des pleurésies, quelquefois des méningites. Ces phlegmasies sont caractérisées par la suppuration d'emblée et par une marche rapide.

Enfin on observe quelquefois une véritable *diathèse purulente* avec *abcès multiples, phlébites, phlegmasies purulentes* multipliées.

Les *caries* signalées par les auteurs sont extrêmement rares ; elles sont une suite des suppurations précédentes.

L'*ophthalmie* de la convalescence est habituellement une blépharite ulcéreuse avec chute des cils. Elle a une durée extrêmement longue ; elle succède a quelques pustules développées sur le bord libre des paupières et sur la conjonctive.

L'*albuminurie* commence quelquefois dès la période d'éruption ; d'après Abeille, elle se montrerait surtout pendant la période de suppuration. C'est une albuminurie transitoire et qui habituellement n'est accompagnée d'aucun accident.

La *paraplégie* doit encore être comptée au nombre des suites de la variole ; elle guérit presque toujours.

Terminaison par la mort. Elle peut avoir lieu pendant le cours de la maladie ou pendant la convalescence, à propos des accidents de suppuration que nous avons signalés ; mais elle arrive beaucoup plus souvent du onzième au quatorzième jour, pendant la période de suppuration. Le mouvement fébrile, très-fort à cette période, change de nature ; le pouls devient petit et faible ; la peau se refroidit ; la respiration s'accélère ; les malades tombent dans l'adynamie ; l'éruption s'affaisse prématurément ; il survient une somnolence avec rêvasserie continuelle, tremblement des membres, et les malades succombent par l'asphyxie ; d'autres fois, la mort survient par une inflammation du poumon ou du cerveau.

L'ophthalmie avec fonte purulente de l'œil, l'orchite variolique, se manifestent pendant la même période ; mais elles ne déterminent pas la mort par elles-mêmes.

2e *variété. Variole confluente.* Elle diffère de la variété précédente par un degré d'intensité plus considérable. La première période est plus courte, et d'autant plus courte que l'éruption sera plus confluente. Elle est habituellement de trois jours.

Les petites papules de l'*éruption* sont si nombreuses et si rapprochées dans cette variété que la face semble envahie par un érysipèle. Les jours suivants, la réunion de toutes les vésicules se présente sous l'aspect d'une couenne demi-transparente qui recouvre toute la face. Pendant la *suppuration,* cette couenne jaunit et brunit ; le gonflement est énorme ; le pus réuni, comme dans une pustule unique, présente une véritable fluctuation. La fièvre, qui avait diminué dans la période précédente, devient excessivement violente, et les malades succombent pour la plupart. La *salivation* est plus considérable

dans cette variété que dans la précédente. La mortalité varie suivant les épidémies du tiers aux quatre-cinquièmes des malades. Quand les malades ont le bonheur de guérir, ils présentent d'affreuses cicatrices; leur visage est couturé. Souvent ils ont perdu un œil.

Forme bénigne. — Cette forme est appelée *discrète* par les auteurs modernes. Cette dénomination est complétement erronée, puisque nous verrons que la *variole maligne* est souvent *discrète* par son éruption.

Après quelques jours de malaise, la maladie débute par un frisson, avec céphalalgie, nausée, vomissement. Le mouvement fébrile est ordinairement violent et accompagné de rachialgie et d'arthralgie. Les malades sont somnolents. Les adultes ont des sueurs, et les enfants sont en proie à des convulsions que Sydenham a le tort de regarder comme favorables, puisqu'elles peuvent tuer. Cette première période dure de vingt-quatre heures à trois jours. Dans les cas très-bénins elle peut manquer complétement.

L'*éruption* apparaît d'abord à la face. Elle est très-discrète, c'est-à-dire que toutes les pustules sont séparées; la fièvre tombe tout à fait.

La *suppuration* commence souvent dès le sixième jour, au plus tard le septième jour de la maladie. La fièvre reparaît et est plus ou moins intense, mais le gonflement de la face est toujours très-considérable. Les mains et les pieds se tuméfient les jours suivants.

Le dix ou le onzième jour, la fièvre disparaît définitivement; le gonflement diminue, et la période de *desquamation* se passe comme dans la forme précédente.

Forme maligne. — Elle présente trois variétés : *maligne discrète*, *maligne confluente*, *maligne hémorrhagique*.

Toutes présentent comme caractère commun, indépendamment de l'ataxie, la continuation du mouvement fébrile pendant la période d'éruption.

1re *variété. Maligne discrète.* Les douleurs de tête et des reins, la chute des forces, l'anxiété, l'inquiétude, la somnolence ou le délire, sont bien plus prononcés que dans la première période de la forme commune. Les vomissements, toujours nombreux, sont quelquefois incessants. La respiration est extrêmement fréquente, entrecoupée de soupirs répétés. Il y a tremblement des membres, soubresauts des tendons, lipothymie. La fièvre est tantôt ardente, tantôt au contraire, le pouls est petit et la peau froide. La fièvre dure quatre jours; quelquefois cinq ou six jours.

La fièvre, au lieu de cesser, augmente ainsi que tous les symptômes de la malignité. L'*éruption* se fait difficilement et irrégulièrement; elle commence quelquefois par le tronc, et présente des pustules à toutes les périodes d'évolution, les unes acuminées, les autres ombiliquées; il n'y a ni rougeur, ni gonflement. Quelquefois il survient des diarrhées énormes, des sueurs profuses avec un délire furieux ou un coma profond qui peut se terminer par la mort avant la suppuration.

Malgré une fièvre violente, la *suppuration* se fait très-lentement; on n'observe pas les gonflements successifs de la forme commune. Des accidents survenus brusquement enlèvent le malade; ce sont des convulsions, le coma, le délire, des pneumonies, des angines, des gangrènes; ces gangrènes peuvent siéger à la bouche, à la gorge, au poumon et même à la peau. La période de *dessiccation* seule est régulière pour le petit nombre de malades qui peut l'atteindre.

2e *variété. Maligne confluente.* Ne diffère de la précédente que par l'éruption qui est tout à fait confluente

et par une durée moindre de la première période, l'éruption commençant souvent dès le deuxième jour. Les accidents et les risques de mort sont les mêmes que dans la variété précédente.

3e *variété. Maligne hémorrhagique.* L'influence épidémique et les dispositions individuelles modifient beaucoup les caractères de la *variole hémorrhagique.*

a. Variole hémorrhagique discrète. Quelques malades périssent dès le deuxième jour avec un petit nombre de pustules à la face et des hémorrhagies abondantes; mais le plus souvent ces hémorrhagies apparaissent du quatrième au septième jour, alors que l'éruption est complète. Ce sont des épistaxis, des hématuries, des mélæna, des métrorrhagies, etc. On observe des hémorrhagies sous-cutanées considérables; les pustules se remplissent de sang et sont mélangées avec des taches de purpura.

L'éruption est discrète, la fièvre est nulle ou peu marquée, la connaissance est entière, et les malades périssent comme dans le *purpura hæmorrhagica.*

b. Variole hémorrhagique confluente. Dans une autre variété l'éruption est confluente, la fièvre est intense. La maladie présente tout à fait l'aspect de la confluente maligne. Seulement les pustules se remplissent de sang; elles s'accompagnent de taches de purpura, et il y a des hémorrhagies multipliées, mais moins abondantes que dans la variété précédente.

Forme anomale. — Comme la scarlatine et la rougeole, la variole présente des anomalies quant à ses périodes et quant à son éruption : tantôt les papules sont démesurément grandes et ressemblent à des *bulles*, *varioles cristallines*; d'autres fois, elles sont desséchées et comme cornées, *varioles siliqueuses* et *verruqueuses*. Mais l'ano-

malie la plus fréquente est celle qui résulte de la modification de la maladie par la vaccine ou par une variole antécédente : c'est la *varioloïde*.

Varioloïde. La varioloïde est caractérisée par la suppression plus ou moins complète de la période de suppuration. Elle peut se présenter sous les trois formes propres à la variole et offre peu de différence dans les deux premières périodes ; il faut donc savoir que la varioloïde peut commencer avec un appareil fébrile excessif et toutes les apparences d'une maladie très-grave ; puis subitement vers le septième, le huitième et le neuvième jour, la fièvre cesse complétement et la maladie passe sans transition de la deuxième à la quatrième période, et la suppuration est supprimée avec tous ses accidents. La varioloïde est coupée d'autant plus court que l'immunité vaccinale ou d'une variole antécédente est plus complète. Quand cette immunité est très-affaiblie, la maladie est extrêmement violente et peut se terminer par la mort.

En général, dans la varioloïde, les pustules sont peu ou point ombiliquées ; et la période de suppuration manquant, elles ne laissent pas de cicatrices.

Altération du sang. Dans la *forme commune* il y a augmentation de la fibrine et conservation des globules ; dans la *forme maligne*, la fibrine est diminuée ; ce sont les globules qui sont en moins dans la variété *hémorrhagique*.

Etiologie. — La variole est une maladie épidémique contagieuse et inoculable. La contagion s'opère surtout pendant la période de suppuration ou celle de dessiccation. L'inoculation se fait par le liquide contenu dans les pustules ou desséché dans les croûtes. Le sang des varioleux n'est pas innoculable. Très-peu d'hommes sont réfractaires à la variole et aucune *race* ne présente d'immunité. Elle sévit sous tous les climats et dans toutes les

saisons. Cependant, les épidémies sont plus fréquentes pendant l'été. Aucun âge n'en est exempt, et on a vu des fœtus atteints de la variole. Néanmoins, c'est principalement après 6 ans que la prédisposition se montre davantage.

Traitement. — La prophylaxie repose entièrement sur la propriété des fièvres éruptives de n'atteindre qu'une seule fois le même individu. Depuis 1673 jusqu'à la découverte de la vaccine, l'*inoculation* de la petite vérole était le moyen généralement employé, seulement, la maladie développée par ce moyen devenait exceptionnellement très-violente et amenait quelquefois la mort. La *vaccine*, qui est une maladie empruntée aux animaux et qui préserve à cause de son extrême analogie avec la variole, ne présente jamais d'inconvénient, aussi a-t-elle été considérée à juste titre comme un véritable bienfait. C'est, du reste, une prophylaxie tout à fait homœopathique.

LA VACCINE.

En général, il ne faut pas vacciner avant le deuxième mois depuis la naissance; avant cet âge, on s'expose à développer un érysipèle excessivement grave. Il faut prendre du vaccin âgé de 6 à 8 jours et l'inoculer au bras, à l'aide d'une lancette, par six piqûres; des recherches semblent démontrer que six piqûres préservent davantage qu'une seule.

Le troisième ou le quatrième jour, on constate une petite papule plus sensible au toucher qu'à la vue; le cin-

quième jour, elle grossit un peu et présente un commencement de vésicule; le sixième jour, elle s'étale, s'ombilique et présente une couleur opaline avec des reflets nacrés; du septième au huitième jour, apparaît l'aréole inflammatoire; le bouton grossit encore, il est blanc, bleuâtre et très-ombiliqué; le neuvième jour. suppuration de la pustule avec aréole très-enflammée; gonflement et engorgement douloureux du bras, quelquefois un peu de fièvre. Le onzième jour, la pustule se flétrit; elle se recouvre d'une croûte; les jours suivants, cette croûte devient brun-noir, extrêmement dure; elle persiste jusqu'au vingt ou vingt-cinquième jour. Cette croûte est remplacée par une cicatrice reticulée, caractéristique et ordinairement indélébile.

L'éruption est quelquefois plus rapide en été; elle peut être retardée de dix ou vingt jours et même d'un mois; elle est modifiée, comme la variole, par une vaccine ou une variole antécédente; elle est toujours suspendue par une fièvre éruptive et plus ou moins retardée par une autre maladie. La méningite semble sans influence sur son développement.

La vaccine préserve de la variole dès le cinquième jour. Si elle est pratiquée trop tard, elle n'arrête pas la variole, mais la modifie, comme aussi la vaccine est modifiée par la variole.

Revaccination. La durée de l'immunité engendrée par la vaccine est encore douteuse. Des auteurs la fixent à trois ans, d'autres à cinq ans; elle varie évidemment avec les individus et peut-être aussi avec la vaccine. Il est toujours prudent de revacciner en temps d'épidémie.

Certains individus sont complétement réfractaires à la vaccine. Sont-ils aussi réfractaires à la variole?

Fausse vaccine. On appelle *fausse vaccine* une éruption vésiculo-pustuleuse produite probablement par l'inocu-

lation d'un vaccin trop avancé, donnant lieu à de gros boutons non ombiliqués et développés très-rapidement. Ces pustules ne fournissent pas un liquide inoculable.

Vaccine syphilitique. Un accident horrible et capable de faire renoncer à la vaccine, est la communication de la syphilis par la vaccination. Des séries nombreuses d'enfants ont déjà été infectées de cette manière. A la place de la pustule ombiliquée on voit se développer, du huitième au cinquantième jour, une papule syphilitique, puis tous les accidents consécutifs de la vérole.

Le moyen le plus certain pour éviter cet accident est de choisir pour vaccinogènes des sujets bien portants et ayant déjà dépassé 6 mois, parce que la syphilis héréditaire se développe presque toujours avant cette époque. Il est bon aussi de ne pas mêler de sang au liquide vacciniqne.

Vaccination animale. La vaccination animale, si elle parvient à s'établir dans de bonnes conditions, sera encore le meilleur moyen d'empêcher la transmission de la syphilis à l'aide du vaccin, puisque les animaux sont réfractaires à la syphilis.

Origine de la vaccine. La vaccine est originaire d'une fièvre éruptive sporadique ou épizootique chez le cheval. Cette fièvre éruptive, très-analogue à la variole humaine, mais beaucoup plus bénigne, produit des pustules discrètes sur plusieurs parties du corps, mais principalement au pli du paturon, d'où le nom d'*eaux aux jambes vaccinogènes* qui lui avait été donné. Elle produit aussi des vésicules dans la bouche, maladies *aphtheuses* de Bouley. Cette maladie existe aussi dans l'espèce bovine, soit qu'elle y naisse spontanément, soit qu'elle provienne du cheval par contagion. L'éruption se localise principalement sur les mamelles, où elle a pris le nom de *cowpox* ou en français *vaccin*.

Traitement curatif. — *Aconitum* est le médicament principal de la première période; il est indiqué par le mouvement fébrile franchement inflammatoire avec tendance à la sueur. *Belladona* sera préférée s'il existe déjà du délire, et *opium* si la somnolence est trop considérable. Les convulsions réclament le traitement de l'éclampsie.

A la deuxième période correspondent trois médicaments principaux : *rhus toxicodendron* et *tartarus*, indiqués par la forme de l'éruption, et *thuya*, recommandé par Bœnninghausen et par un certain nombre de médecins; mais plutôt empiriquement que par une conséquence rigoureuse de sa pathogénésie; le genre de fièvre fixe le choix entre *rhus* et *tartarus*.

Mercurius est le médicament de la période de suppuration, et il sera remplacé par *arsenicum* s'il survient des symptômes d'asphyxie; les inflammations du poumon et du cerveau réclament les médicaments qui leur sont propres.

La période de dessiccation ne réclame que des soins hygiéniques, à moins de complications. Les grandes suppurations demandent *arsenicum*, *silicea* ou *hepar sulfuris*; et les ulcérations qui leur succèdent, *nitri acidum*.

Forme maligne. Arsenicum est le médicament principal; *muriatis acidum* et *phosphori acidum* sont indiqués si *arsenicum* ne modifie pas les diarrhées excessives.

Lachesis, *phosphorus* et *secale cornutum* sont plus indiqués dans la variété hémorrhagique; mais ils échouent souvent. Il y aurait peut-être lieu d'essayer le perchlorure de fer à l'intérieur, à la dose de quelques gouttes, et à l'extérieur contre les hémorrhagies accessibles aux moyens extrêmes.

La *sarracenia purpurea* a été très-vantée dans ces derniers temps. Nous croyons que cela tient à l'illusion pro-

duite par la terminaison brusque naturelle à la varioloïde.

Il faut nourrir et aérer les malades autant que possible. Des bouillons et des potages aussitôt que le mouvement fébrile s'interrompt ou diminue; faire lever les malades tous les jours. J.-P. Tessier, non-seulement les faisait lever, mais encore transporter dans la cour de l'hôpital ou à la fenêtre ouverte des salles.

Les moyens abortifs appliqués à la face : emplâtres de Vigo, onctions mercurielles, cautérisation des pustules, lotions avec le sublimé, semblent avoir produit un mauvais effet sur la marche de la maladie; nous ne les conseillons pas, excepté pour les paupières qu'il importe de préserver, à cause des blépharites consécutives.

LA VARICELLE.

Définition. — C'est une fièvre éruptive caractérisée par des *bullo-pustules*. Cette maladie, appelée à tort *petite vérole volante*, est complétement distincte de la variole, elle peut régner simultanément avec la variole; mais elle n'en provient pas, car elle ne peut ni transmettre cette maladie ni être transmise par elle, l'une ne préserve pas de l'autre; enfin, et ceci est un caractère essentiel, la varicelle n'est pas inoculable.

Division. — La varicelle présente deux formes : *forme commune* et *forme bénigne*.

Forme commune. Elle débute par un mouvement fébrile intense qui précède l'éruption de vingt-quatre heures seulement. Celle-ci apparaît sur un point quelconque du

corps et débute par une petite papule rose bientôt recouverte d'une vésicule, puis d'une bulle brillante qui le deuxième ou le troisième jour de l'éruption s'entoure d'un cercle inflammatoire et suppure. Le septième jour la bulle se recouvre d'une croûte noirâtre qui tombe bientôt. Un caractère qui n'existe pas dans les fièvres éruptives précédentes et qui prolonge quelquefois beaucoup la durée de la varicelle, c'est qu'il peut survenir des éruptions successives précédées chaque fois d'un mouvement fébrile.

Forme bénigne. Elle est complétement apyrétique.

Traitement. — Au début pendant la fièvre, *aconitum.* Pendant la période d'éruption, *hepar sulfuris* et *croton tiglium.*

FIÈVRE ORTIÉE.

Définition. — Fièvre éruptive caractérisée par des papules pruriantes analogues à celles produites par la piqûre de l'*urtica urens.*

L'éruption urticaire est une lésion commune à la fièvre que nous décrivons et à plusieurs maladies : scrofule, goutte, fièvre intermittente, etc.

Division. — Elle présente deux formes : *forme commune* et *forme bénigne.*

Forme commune. Elle débute par un mouvement fébrile quelquefois très-intense, accompagné d'anxiété, de lipothymie, de vomissement et quelquefois de diarrhée. Après quelques heures ou au plus un jour de fièvre, l'érup-

tion apparaît ; elle s'annonce par de la chaleur et des picotements à la peau, puis elle se produit à peu près simultanément à la face, sur les épaules, sur les lombes, à la face interne des avant-bras et des cuisses. Ce sont des papules extrêmement larges, de grandes plaques irrégulières, d'une couleur rosée, avec des parties blanches, et faisant sur la peau une saillie très-notable. Cette éruption s'accompagne d'un gonflement quelquefois très-considérable, et d'un prurit fort intense qui se change, par le frottement, en un sentiment de brûlure et de cuisson. L'éruption a une durée éphémère, elle apparaît et disparaît plusieurs fois dans le cours de la maladie. Le frottement suffit pour la faire naître et l'augmente beaucoup quand elle existe déjà. L'éruption est confluente ou discrète, la muqueuse buccale présente quelquefois une lésion analogue.

Cette maladie, qui se termine constamment par la guérison, a une durée de quatre à sept jours.

Forme bénigne. Elle est apyrétique et dure de quarante-huit heures à quatre jours.

Étiologie. — Cette maladie est plus fréquente en été ; elle sévit principalement dans l'enfance et la jeunesse ; les femmes y sont plus exposées que les hommes. Certains aliments sont une *occasion* évidente du développement de cette maladie : les coquillages, les œufs de poissons, les écrevisses, le miel.

Traitement. — On a préconisé comme infaillible dans le traitement de cette maladie le *ledum palustre*, puis *camphora* et *croton tiglium ;* mais il faut se rappeler que la maladie se termine naturellement par la guérison en très-peu de jours. *Urtica urens, apis mellifera, rhus toxico*

dendron, *dulcamara*, *arsenicum*, mais surtout *astacus fluviatilis*, correspondent à l'urticaire.

Lorsqu'il y a fièvre, anxiété, tendance aux lipothymies, vomissement et diarrhée, nous avons coutume de prescrire *apis mellifera* toutes les deux heures, et s'il n'y a pas d'amendement après douze heures, *arsenicum*. Quand le mouvement fébrile est nul ou un peu intense, *urtica urens* 6e, ou *astacus* toutes les trois heures.

ÉRYTHÈME NOUEUX.

Définition. — L'érythème noueux est constitué anatomiquement par une grosse papule. Cette lésion est commune à plusieurs maladies; mais de plus elle s'unit à des arthrites pour caractériser une véritable fièvre éruptive.

La maladie, dans sa forme commune, débute par un mouvement fébrile intense avec vomissement et mal de gorge; elle offre alors une certaine ressemblance avec la scarlatine. L'éruption se fait dans les premières vingt-quatre heures, elle siége principalement aux membres et à la face. On observe souvent des papules sur les muqueuses et en particulier sur les conjonctives. Une fois l'éruption faite, le mouvement fébrile décroît; le lendemain les taches pâlissent, et au bout de trois jours elles revêtent une coloration jaunâtre qui diminue et s'efface complétement à la fin du premier septénaire.

Mais souvent, la première éruption étant en voie de décroissance, la fièvre reparaît; une seconde, et quelquefois une troisième éruption se produisent, suivent la

même marche que la première et prolongent la maladie jusqu'à la troisième semaine.

Pendant ce temps, les malades accusent des douleurs très-vives dans une ou plusieurs articulations, et ces douleurs persistent encore après l'éruption. Ces arthrites sont fixes, elles ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de gonflement, elles sont moins limitées aux jointures que l'arthrite rhumatismale et se prolongent davantage dans la continuité des membres.

L'éruption est constituée par de grosses papules ayant une base indurée bien circonscrite et qu'on peut saisir entre les doigts; quelquefois les papules se recouvrent d'une toute petite vésicule.

Traitement. — *Belladone, apis mellifera* et *antimonium crudum*, sont les trois principaux médicaments.

Belladone convient au début lorsque le mal de gorge est intense.

Apis convient aux nodosités pruriantes siégeant au niveau des articulations, aux douleurs articulaires et à la fièvre.

Antimonium qui est indiqué par un mouvement fébrile intense avec prédominance des symptômes appelés *bilieux*, répond encore aux grosses papules, au mal de gorge et aux arthrites des doigts.

La clinique n'a pas encore indiqué quel était le médicament préférable.

FIÈVRES CONTINUES.

Définition. — Deuxième classe des fièvres, caractérisée par un mouvement fébrile continu et par des affections diverses.

Dans les fièvres continues, les déterminations vers la peau, les éruptions, ou bien n'existent pas ou sont extrêmement légères.

Division. — Il y a trois fièvres continues : l'*éphémère*, la *synoque* et la fièvre *typhoïde*.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

Définition. — L'*éphémère* est caractérisée par un mouvement fébrile continu d'une durée habituelle de douze heures et terminée par une crise; par exception, cette fièvre peut durer trois jours. Elle prend le nom d'*éphémère prolongée*.

Début. Cette maladie, toujours bénigne, est extrêmement fréquente; elle est connue sous le nom de *courbature*. Quelquefois après un malaise de quelques heures, le plus souvent sans malaise, l'éphémère débute sans frisson par un mouvement fébrile extrêmement fort et atteignant de suite son maximum d'intensité. Si elle commence peu après un repas, elle détermine un ou plusieurs vomissements. Dans sa période d'état, elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense, avec un pouls grand, fort et fréquent, la chaleur de la peau, quoique intense, n'est

ni sèche, ni désagréable. Il y a une grande céphalalgie, de la somnolence, et chez quelques personnes du délire, ce qui a fait confondre, dans certains cas, l'éphémère avec une méningite. Mais le symptôme prédominant de la période d'état est un sentiment de brisure douloureux dans les reins et dans les membres, une vraie *courbature*. La marche de la maladie est continue, et elle se termine au plus tard le troisième jour. Cette terminaison est aussi brusque que le début, elle s'accompagne d'une crise : une épistaxis, une sueur, un dépôt dans les urines, rarement une diarrhée et le plus souvent un herpès. Cette éruption peut occuper un point quelconque de la peau ou des muqueuses, mais son siége habituel est aux lèvres, où il occupe à la fois la muqueuse et la peau ; il débute par un sentiment de prurit et une tuméfaction qui se recouvre bientôt de vésicules habituellement cohérentes, brillantes et nacrées ; les jours suivants, les vésicules se crèvent et se recouvrent d'une croûte jaune et plus ou moins épaisse.

Il n'y a pas de *convalescence*, le retour à la santé est immédiat.

Étiologie. — Cette maladie, qui est fréquente chez certaines personnes, sévit principalement dans l'*enfance* et dans la *jeunesse*, et plutôt au *printemps* que dans les autres saisons ; elle est presque toujours déterminée par une cause occasionnelle évidente : exercice violent, excès, émotion morale, insolation.

Traitement. — *Aconitum* suffit dans la période d'état, avec la diète et les boissons légèrement acides. Contre l'herpès trop persistant, on peut prescrire *rhus toxicodendron* quand la fièvre est complétement tombée.

FIÈVRE SYNOQUE.

Cette fièvre est caractérisée par un mouvement fébrile continu, sans affection prédominante. La synoque a une durée de quatre à onze jours; elle se termine par des crises et n'a ni prodrome ni convalescence.

La synoque débute par des frissons erratiques, accompagnés le plus souvent de nausées et de vomissements; puis le mouvement fébrile s'établit, il va croissant jusqu'au troisième jour, époque à laquelle la maladie atteint sa période d'état.

La maladie est alors constituée par un mouvement fébrile intense, ayant un redoublement chaque soir et une rémission chaque matin; le pouls est fort et fréquent; la chaleur jamais sèche; céphalalgie intense; courbature; rêvasseries la nuit; la langue est large, humide, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, avec rougeur des bords; le ventre est plat et indolent; il y a de la constipation; quelquefois cependant on observe un état contraire, diarrhée avec météorisme léger et gargouillement. La synoque revêt alors une ressemblance grossière avec la *fièvre typhoïde;* elle s'en distingue par le début brusque, par l'absence de stupeur et de prostration, par la diarrhée elle-même, qui n'est pas fétide; les urines sont rouges et brûlantes.

On observe fréquemment pendant la période d'état l'éruption de *taches bleues*. Ce sont des taches arrondies, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, d'une couleur bleue ardoisée pâle, ne faisant pas saillie sur la peau, ne disparaissant pas sous la pression. Plus ou moins nom-

breuses, ces taches siégent habituellement au bas du ventre et en haut des cuisses; elles durent de six à sept jours, pâlissent peu à peu, et disparaissent sans présenter les teintes jaunâtres de l'ecchymose.

Vers la fin du premier septénaire, la synoque entre dans sa période de déclin; elle se termine de deux manières différentes : le mouvement fébrile décroît peu à peu et cesse tout à fait du septième au onzième jour, ou bien le mouvement fébrile cesse tout d'un coup, comme dans l'éphémère, et cette terminaison est accompagnée d'une évacuation critique : urine, sueur, herpès, mais très-fréquemment épistaxis.

Comme dans l'éphémère, la *convalescence* manque; l'appétit et les forces reviennent immédiatement.

Etiologie. — La synoque est une maladie non contagieuse, non épidémique, sévissant plus souvent dans la jeunesse, et sujette à récidive. Les *causes occasionnelles* sont les mêmes que pour l'éphémère, et en plus une nourriture trop substantielle, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, un refroidissement.

Traitement. — Ici encore *aconitum* est le médicament principal. Le mouvement fébrile de la synoque est l'indication la plus positive de ce médicament. Chez les personnes nerveuses, quand il y a alternance de frisson et de chaleur, diarrhée, une joue rouge et l'autre pâle, *chamomilla* est parfaitement indiquée. *Belladona*, qui serait demandée par la céphalalgie, la somnolence et les rêvasseries nocturnes, convient rarement à cause du caractère du mouvement fébrile. Boissons légèrement acidulées; diète absolue dans la période d'état, puis bouillons et potages.

La synoque diffère de l'éphémère par une durée plus

longue, par sa période d'augment, qui n'existe pas dans l'éphémère; les différences avec la fièvre typhoïde sont considérables : durée, lésions, éruptions, etc., etc.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

C'est la troisième des fièvres continues; elle est caractérisée par une éruption de taches dites *lenticulaires*, par sa durée qui varie de deux à neuf septénaires, et principalement par une lésion spéciale des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques.

Les divisions proposées par les auteurs sont toutes hypothétiques; nous les remplacerons par la suivante, qui ne contient que des formes naturelles et complétement irréductibles.

1° *Forme bénigne*, latente des auteurs.

2° *Forme commune*, comprenant trois variétés : a. *commune proprement dite*, b. *commune prolongée*, c. *putride*.

3° *Forme maligne*, dont les variétés différant, suivant le génie épidémique, peuvent être rattachées à trois types : a. *foudroyante*, ataxique de plusieurs auteurs; b. *hémorrhagique*, pétéchiale des auteurs; c. *lente nerveuse*.

Forme commune. — 1° *Forme commune proprement dite*. Elle est caractérisée par la coexistence de trois affections : abdominale, thoracique et cérébrale; par l'évolution régulière de la maladie; par une durée ordinaire de vingt à quarante jours. C'est cette forme qui a servi de type pour la description de la maladie.

Prodromes. Ils sont constants. Ce sont des lassitudes

avec perte d'appétit; la pesanteur de tête avec des vertiges; de l'insomnie ou un sommeil troublé; de la tristesse, du découragement, mais principalement des épistaxis et de la diarrhée. La durée des prodromes varie d'un à deux septénaires; par exception, elle peut avoir une durée de six semaines.

Début. Le plus souvent un frisson ou au moins des horripilations avec ou sans vomissement, marquent le début de la maladie. La céphalalgie, la fréquence du pouls, une chaleur âcre et désagréable, de la courbature, annoncent l'établissement du mouvement fébrile. Quelquefois le début est marqué par des accès intermittents; d'abord tierce, puis quotidien, le mouvement fébrile finit par devenir continu. Ces accès intermittents, contre lesquels le sulfate de quinine est impuissant, se distinguent par ce caractère que les périodes d'apyrexie vont chaque jour en diminuant, ce qui est le contraire de ce qui se passe dans la fièvre intermittente. Ces accès prolongent beaucoup la période de début.

Période d'augment. La fièvre ne cesse plus; elle s'accroît tous les jours, présentant une rémission le matin, une augmentation le soir. Le pouls est grand et mou, de 100 à 120; la chaleur est âcre et sèche; l'anorexie est complète; la soif vive; il y a habituellement constipation les premiers jours; la diarrhée s'établit ensuite, quoique dans certaines épidémies la constipation persiste pendant la plus grande partie de la maladie. La diarrhée, lorsqu'elle existe, est abondante, verdâtre, et d'une grande fétidité; il y a de 4 à 8 selles en vingt-quatre heures. Le ventre est déjà légèrement ballonné, un peu douloureux et présentant dans la fosse iliaque droite un gargouillement qui constitue un signe d'une certaine valeur. La langue, blanche ou jaunâtre, présente sur ses bords et à sa pointe une rougeur en

forme de V; les gencives, rouges et un peu tuméfiées, sont recouvertes d'un enduit pultacé. La céphalalgie est très-forte; la face rouge et vultueuse; il y a des épistaxis fréquentes mais rarement abondantes. Les premiers jours il n'y a encore ni délire, ni coma, mais déjà un commencement de stupeur et de prostration qui caractérise la maladie. La stupeur se traduit par de l'indifférence et déjà un peu de lenteur dans les réponses; la prostration, par le décubitus dorsal, la lenteur et le petit nombre des mouvements que le malade exécute. Les derniers jours de cette période, les malades présentent souvent du délire nocturne. A ce moment aussi, l'affection thoracique s'annonce par de la toux et quelques râles sibilants. La première période se termine par l'éruption de taches lenticulaires le septième jour de la maladie, un peu plus tôt dans les cas graves; cette éruption s'accompagne d'une légère rémission, mais qui n'est pas comparable à celle des fièvres éruptives. Cette période correspond au premier septénaire.

Période d'état. Le mouvement fébrile a atteint une grande intensité. Le pouls continue d'être mou et assez grand; souvent dicrote, il bat 110, 120, 130 fois par minute; la chaleur, âcre et sèche, atteint 40 degrés. La prostration et la stupeur sont très-prononcées. Les malades immobiles, couchés sur le dos, coulent toujours vers le pied de leur lit; ils sont indifférents sur leur état et indifférents à ce qui se passe autour d'eux. La face est vultueuse et exprime la stupeur, mais vers le soir elle s'anime, les yeux deviennent brillants, le malade parle spontanément et bientôt il délire; ce délire se prolonge toute la nuit, et, les premiers jours, cède vers le matin, mais il devient continu. En l'absence de complications, ce délire n'est jamais bruyant. Le malade semble dormir et cependant il parle et tient des discours sans suite. Cet

état a reçu le nom de *typhomanie*, tant il est fréquent dans les typhus. Tantôt le délire prédomine sur le coma et alors le malade est agité et cherche à sortir de son lit; tantôt c'est le *coma* qui est plus marqué, et le malade reste immobile, plongé dans une somnolence interrompue de temps en temps par quelques paroles qu'il marmotte entre ses dents. La diarrhée est plus abondante; elle est jaune-verdâtre, fétide. Les selles deviennent involontaires, soit par la paralysie plus ou moins complète du sphincter, soit seulement parce que les malades ont perdu la conscience de leurs actes. Les urines que le malade oublie de rendre sortent par regorgement, et bientôt la vessie paralysée se distend énormément. Le ventre est ballonné d'une manière très-notable; il n'est pas douloureux, ou au moins les malades ne perçoivent pas la douleur; le gargouillement est très-prononcé; la langue se sèche de plus en plus; elle devient petite, noirâtre et tremblante; les lèvres et les dents se recouvrent d'un enduit brun; les narines sont pulvérulentes. L'affection thoracique se développe concurremment avec l'affection cérébrale et l'affection abdomidale. C'est surtout la dyspnée qui caractérise cette période, car souvent la toux diminue d'une manière considérable, les malades ne perçoivent plus le stimulus qui excite à tousser; mais l'auscultation permet d'entendre des râles sibilants, sous-crépitants et muqueux, plus ou moins abondants, et quelquefois des bruits de souffle disséminés, indice certain d'une bronchite fort intense. L'amaigrissement est encore peu sensible, la peau qui recouvre le sacrum et les grands trochanters rougit fortement, s'enflamme et présente déjà de petites eschares. Ces eschares commencent souvent par une éruption de boutons analogues à ceux de la variole. Nous devons encore signaler l'apparition des *sudamina*, éruption vésiculeuse de la grosseur

d'un grain de millet, entièrement transparente, siégeant principalement sur les côtés du cou et sur le devant de la poitrine; elle s'observe sur les deux tiers des malades. C'est à la fin de cette période que commencent à apparaître les accidents graves d'hémorrhagie intestinale, de perforation et de péritonite par propagation d'inflammation.

Cette période est un peu plus longue que la première et elle atteint habituellement le dix-septième jour.

3e *période*. Lorsque le malade échappe aux dangers de la deuxième période, le 14e, 17e ou 20e jour le mouvement fébrile diminue; le pouls tombe de 10 à 20 pulsations et la chaleur tombe de 1 ou 2 degrés. En même temps la langue s'humecte, les évacuations redeviennent volontaires, le délire cesse, la prostration et la stupeur diminuent. Le malade maigrit, sa face devient pâle, et souvent on constate une légère surdité. Habituellement les eschares s'accroissent encore pendant cette période et commencent à se détacher. Le 14e, le 17e, le 20e ou le 24e jour on observe presque constamment des évacuations critiques : épistaxis, hémorrhagies intestinales, sueurs, dépôts dans les urines; et en même temps la fièvre cesse complétement, l'appétit se prononce, le sommeil est naturel et la convalescence commence, à moins que des affections consécutives pulmonaires, cérébrales ou abdominales, ne prolongent la maladie de plusieurs semaines.

Convalescence. L'amaigrissement, la perte des forces, la desquamation de l'épiderme et la chute des cheveux, la diminution de la mémoire, sont des phénomènes constants dans la convalescence de la fièvre typhoïde. L'oubli plus ou moins complet des connaissances acquises antérieurement est un symptôme fréquent. L'appétit est développé, vorace même, et quand il ne survient pas d'accidents, les forces reviennent rapidement et le rétablissement est complet après six semaines ou deux mois. La nutrition

prend un surcroît d'activité ; les jeunes gens grandissent considérablement et prennent souvent un embonpoint et une solidité de constitution plus considérable qu'avant la maladie. Les cheveux repoussent toujours.

La convalescence est semée d'accidents et de dangers ; les principaux sont : l'entérite consécutive, les perforations, la péritonite, rarement les hémorrhagies intestinales, les vomissements incoercibles; des phlegmasies diverses, pneumonie, pleurésie, encéphalite circonscrite ; l'œdème de la glotte avec ou sans la nécrose des cartilages; les abcès multiples, la nécrose des os longs, la gangrène des membres, la paraplégie, la folie, la paralysie générale des aliénés, la démence.

Terminaison par la mort. La mort survient habituellement dans la période d'état, mais elle peut encore arriver pendant la période décroissante et pendant la convalescence.

Dans la période d'état, la mort survient par accroissement du mouvement fébrile, par la prédominance de l'affection cérébrale ou de l'affection thoracique.

Le mouvement fébrile augmente, la chaleur s'élève de plusieurs degrés, le pouls devient plus fréquent; il est petit, misérable, la respiration s'accélère, l'œil est éteint, la cornée troublée; la conjonctive rouge, la prostration est excessive. A ce moment apparaissent les grincements de dents, la céphalalgie, les évacuations putrides et involontaires; le pouls devient de plus en plus fréquent, inégal, très-faible; puis la peau se refroidit et les malades succombent dans un état lipothymique.

Mais le médecin doit savoir que cet état extrêmement grave peut se prolonger jusqu'aux jours critiques et que les malades peuvent échapper à une mort qui semblait inévitable. La fièvre typhoïde est une maladie dans laquelle le pronostic doit être excessivement réservé.

Mort par méningite. Quand la mort arrive par la prédominance de l'affection cérébrale, le délire est violent, continuel, avec agitation excessive; les malades doivent être contenus avec la camisole de force; puis, tout à coup, ils tombent dans le coma et meurent rapidement. Souvent dans les derniers jours on constate des paralysies partielles des muscles de la face, beaucoup plus rarement des convulsions.

Mort par broncho-pneumonie. Quand les malades succombent à la broncho-pneumonie, le dyspnée s'accroît de jour en jour. La face prend une teinte asphyxique, la respiration devient bruyante et les malades périssent dans l'asphyxie lente, ou plus rapidement par syncope.

Mort dans la période de déclin et pendant la convalescence. Dans la *période de déclin,* alors que les malades semblent marcher sûrement vers la guérison, la mort peut survenir par hémorrhagies intestinales, perforations, péritonites, pneumonie, encéphalite circonscrite; plus tard, dans la convalescence confirmée, la diarrhée, les vomissements incoercibles, l'œdème de la glotte, la gangrène, les nécroses, les abcès, enfin des hémorrhagies et des perforations intestinales tardives, peuvent encore entraîner la mort.

Étude de quelques accidents. Nous devons revenir sur quelques-uns des accidents graves de la maladie qui n'ont été que mentionnés dans la description générale : *hémorrhagies intestinales, perforations, péritonites, ulcérations de la cornée, œdème de la glotte* et *nécrose du larynx.*

Hémorrhagies intestinales. Elles sont produites soit par une simple exsudation à la surface de la muqueuse, soit par la perforation d'un vaisseau important. Les premières ne sont pas habituellement bien abondantes, elles sont répétées, le sang est noir et a subi un commencement de digestion. C'est le *mélæna.* Cet accident n'est pas très-

grave ; il est *symptomatique* dans la période d'état et *critique* dans la période de déclin.

L'hémorrhagie par ulcération d'un vaisseau important est un accident grave. L'hémorrhagie est abondante, le sang sort par gros caillots, il est rouge foncé. L'hémorrhagie peut être si abondante que les malades périssent en quelques heures. Cet accident se produit surtout à la fin de la période d'état et dans la période de déclin ; il peut survenir pendant la convalescence.

Perforation. Elle se produit par les progrès de l'ulcération des plaques de Peyer ; elle s'annonce par une douleur subite, intense, ressentie malgré la prostration et la stupeur ; l'altération des traits, la petitesse du pouls, le refroidissement rapide de la peau, et le ballonnement excessif du ventre. L'épanchement d'air dans le péritoine à la suite d'une perforation a pour effet d'éloigner du foie les parois abdominales et de faire disparaître la matité hépatique. La perforation est un accident rapidement mortel dans presque tous les cas : cependant des adhérences déterminées par l'inflammation du péritoine peuvent empêcher ou circonscrire l'épanchement des matières contenues dans l'intestin, mais le danger est toujours extrême.

Péritonite. La péritonite peut se produire sans perforation et par la simple extension de l'inflammation de la muqueuse à la tunique séreuse. Les signes sont à peu près les mêmes que dans la perforation ; seulement leur marche est moins rapide, et la matité hépatique ne disparaît pas complétement.

Altération de la cornée et perte de l'œil. Cet accident n'est pas propre à la fièvre typhoïde, et peut s'observer dans toutes les méningites ; il est dû à une inflammation de l'œil, aggravée par le défaut d'occlusion des paupières. Au début, il y a rougeur de la conjonctive, douleur et

photophobie ; puis le malade, plongé dans la stupeur et la somnolence, ne sent plus le besoin de cligner : l'œil reste constamment entr'ouvert, le segment inférieur de la cornée devient terne, blanchâtre, boursouflé ; et si on ne se hâte de maintenir l'œil complétement fermé à l'aide de deux tampons de coton et d'une bande, la cornée se perfore et l'œil se vide.

Œdème de la glotte et nécrose des cartilages du larynx. La nécrose des cartilages est quelquefois primitive, le plus souvent elle est due à l'extension de l'ulcération de la muqueuse laryngée ; elle a pour symptômes l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, la dyspnée et les accès de suffocation avec inspiration difficile et sifflante.

Rechute. Ce qu'on appelle rechute dans la forme commune de la fièvre typhoïde n'est autre qu'une *entérite consécutive* qui fait reparaître la diarrhée et le mouvement fébrile ; mais ce n'est jamais le retour de la période d'état pendant la convalescence.

Récidives. Elles se divisent en *récidives immédiates* et *récidives lointaines.* Les premières sont constituées par le retour de la maladie, une ou plusieurs semaines après la convalescence confirmée ; elle se distingue de la rechute, parce que la maladie recommence et parcourt de nouveau toutes ses périodes. La récidive lointaine est le retour de la maladie après une ou plusieurs années ; habituellement la seconde atteinte est moins grave que la première. Ces récidives sont excessivement rares.

Lésions. Les lésions de la fièvre typhoïde sont des inflammations avec tendance à l'ulcération, quelquefois à la gangrène, rarement à la suppuration.

Sang. Le sang est diffluent et contient souvent des bactéries qui ne sont qu'une lésion cadavérique commune à plusieurs maladies ; la fibrine a diminué, et les globules ont augmenté.

Affection intestinale. Elle est caractéristique de la fièvre typhoïde; elle siége sur les plaques de Peyer et sur les follicules de Brunner. La lésion des ganglions mésentériques et de la rate est consécutive à celle des plaques. Cette lésion se développe d'abord près de la valvule iléo-cæcale, puis successivement en remontant l'intestin grêle, en sorte qu'elle est d'autant moins avancée qu'on l'examine plus haut, ce qui permet d'en étudier l'évolution. Les descriptions fondées sur les autopsies avant le deuxième septénaire ne peuvent faire connaître l'évolution de la lésion dans la forme commune, car elles appartiennent à la forme foudroyante dont les lésions sont toutes spéciales.

1re PÉRIODE.—Elle est caractérisée par le gonflement et la rougeur des plaques : l'inflammation atteint toute l'épaisseur de l'intestin jusqu'à la tunique séreuse. Le gonflement des plaques et des follicules isolés est constitué, non par un exsudat amorphe, mais par une augmentation excessive des cellules propres au tissu de ces glandes.

2e PÉRIODE. — *Ulcération.* L'ulcération est isolée sur les follicules, disséminée sur les plaques; au fond apparaissent de petites eschares jaunâtres qui se détachent et creusent l'ulcération; les petites ulcérations se réunissent, et la surface des plaques se trouve détruite dans une étendue plus ou moins grande; les bords de l'ulcération sont formés par la muqueuse rouge, violacée, et toujours décollée; le fond, en partie recouvert d'un bourbillon jaunâtre, repose habituellement sur la tunique musculaire; mais quelquefois celle-ci est détruite, et la séreuse, fortement enflammée, sert de base à l'ulcération : ce qui fait comprendre immédiatement l'extension possible de l'inflammation au péritoine, la formation d'adhérences, et enfin les perforations.

Ces ulcérations constituent les *plaques molles* ou *réticulées* des auteurs.

3e PÉRIODE. — *Réparation*. Les eschares achèvent de se détacher, la surface de l'ulcère bourgeonne, les bords s'affaissent et se recollent; la surface se recouvre d'une membrane cicatricielle, mince, polie, blanchâtre, d'apparence séreuse, quelquefois fortement pigmentée. Les tuniques restent amincies dans les points correspondant aux ulcérations; c'est encore une question de savoir si le tissu glandulaire se régénère.

Ganglions mésentériques. Leur altération accompagne les ulcérations intestinales et en suivent l'évolution : d'abord rouges et légèrement tuméfiés, ils acquièrent un volume considérable pendant la deuxième période; ils sont alors violacés et manifestement ramollis; l'inflammation dont ils sont le siége se résout pendant la période de cicatrisation, ils deviennent plus petits, racornis et prennent une couleur bleue ardoisée.

La *rate* suit la même évolution; elle est gonflée et ramollie pendant la période d'ulcération; elle est quelquefois le siége d'apoplexie et de ruptures.

Affection pulmonaire. C'est la lésion de la bronchopneumonie : inflammation de la muqueuse bronchique, engouement, hépatisation disséminée ou étendue, apoplexie pulmonaire.

Affection cérébrale. Elle est caractérisée par une méningo-encéphalite diffuse, disposée en forme de couronne autour du cerveau. — Le ramollissement de la couche superficielle du cerveau, caractéristique de cette lésion, donne quelquefois lieu, par l'ablation des membranes, à des pertes de substances naïvement décrites sous le nom d'*ulcération du cerveau*.

Autres lésions. On observe encore des ulcérations sur la

muqueuse laryngée et dans le gros intestin. Les reins et le foie sont congestionnés. Un certain nombre de muscles présentent la dégénérescence graisseuse ou cireuse.

Telle est l'histoire de la forme commune de la fièvre typhoïde. Cette forme présente de nombreuses variétés, suivant l'intensité de ses symptômes. — Elle est *peu grave, grave* ou *très-grave*.

2e *variété*. — *Fièvre typhoïde prolongée*. Elle est caractérisée par le retour de la *période d'état* après une période de déclin plus ou moins prononcée, et par une durée qui se prolonge habituellement jusqu'au 40e jour, quelquefois jusqu'au 60e jour.

Les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes que dans la forme précédente. Seulement, vers le 20e ou le 24e jour, après une rémission prononcée, et alors que tout faisait espérer une convalescence prochaine, la période d'état reparaît avec son éruption et tout l'ensemble de ses symptômes. Cette période se prolonge pendant des semaines. Cette reprise expose le malade à un grand danger, non-seulement par sa longueur, mais aussi parce qu'elle trouve l'organisme déjà très-notablement affaibli. Dans cette variété, les eschares prennent un développement très-inquiétant ; elles amènent une destruction considérable de tissus, déterminant quelquefois la *nécrose* du sacrum et l'extension de l'inflammation au canal rachidien et à la moelle épinière. Il faut distinguer avec soin de la *forme commune prolongée* les cas de forme commune dans lesquels le mouvement fébrile se continue longtemps, après le troisième septénaire, par le développement d'une entérite ou d'une broncho-pneumonie consécutive.

La convalescence est plus longue et plus difficile dans cette variété de la forme commune.

3e *variété*. — *Fièvre typhoïde putride*. Elle est caractérisée par une chaleur fébrile considérable, une prostration et une stupeur prématurée et plus intense que dans les autres formes, une tendance à la gangrène et aux hémorrhagies; une gravité extrême.

Cette variété très-distincte, mais peu fréquente, était très-connue des anciens qui lui ont donné son nom. C'est la *forme adynamique* des modernes.

Les *prodromes* sont longs, très-intenses, accompagnés d'épistaxis et de diarrhées, d'une grande diminution des forces et déjà d'un commencement de stupeur.

Dans la première période, la chaleur fébrile est déjà considérable; la face est vultueuse jusqu'à la lividité; la prostration et la stupeur si prononcées qu'il y a déjà des évacuations involontaires. A la *période d'état* la chaleur dépasse 41°; le pouls, très-fréquent, est devenu misérable; il est inégal; la face et les extrémités sont livides; la langue et les dents sont enduits de fuliginosités noirâtres et fétides; la stupeur et la prostration sont à leur comble; la tympanite est excessive; les évacuations abondantes, involontaires et putrides; les eschares très-développées; il survient des hémorrhagies multiples, et des pétéchies se mêlent aux taches lenticulaires; les sudamina deviennent purulents. Tous les symptômes augmentent, les évacuations se suppriment, la tympanite devient énorme, les malades se refroidissent et meurent dans le courant du deuxième septénaire ou au commencement du troisième.

Quelques-uns cependant guérissent. Les évacuations se rétablissent, le météorisme diminue, la langue s'humecte, la connaissance revient; mais surtout la *chaleur diminue*. La face pâlit, le pouls tombe et la convalescence commence. — Elle est extrêmement longue, plus exposée que toutes les autres aux perforations et aux hémorrha-

gies ; elle est encore entravée par l'élimination d'eschares extrêmement profondes, et quelquefois par la formation d'*abcès multiples*.

Forme bénigne. — Caractérisée par la bénignité des symptômes, par le peu d'intensité du mouvement fébrile, par une durée plus courte, elle se termine du 14e au 17e jour.

Elle a été assez généralement distinguée et a été décrite sous les noms de *forme latente, arthritique, forme abortive, forme déambulante* (parce que quelques malades peuvent se lever pendant sa durée), *forme muqueuse*. Cette dénomination est très-vicieuse, parce qu'elle s'appliquait autrefois à un état fébrile que l'on considérait comme une maladie essentielle.

La forme bénigne de la fièvre typhoïde est souvent confondue avec une entérite ou avec une bronchite, suivant que l'affection intestinale ou l'affection pulmonaire est prédominante.

Dans le premier cas, la diarrhée est abondante, vert noirâtre, fétide, avec gargouillement, légère douleur iléo-cæcale et tuméfaction du ventre.

Dans le second cas, les malades toussent beaucoup, ont un râle sibilant et tous les signes d'une bronchite. Quelquefois l'affection locale prédominante est une arthrite à siége multiple très-analogue à celle du rhumatisme articulaire aigu.

Le mouvement fébrile est peu intense, quelquefois complétement nul dans la matinée. Il y a des malades qui peuvent se lever et prendre des aliments légers.

L'éruption des taches lenticulaires se fait le 7e ou le 8e jour ; elle est quelquefois très-abondante.

Malgré sa grande bénignité, cette forme expose les malades aux accidents terribles de la perforation et de l'hé-

morrhagie intestinales. La convalescence est longue et s'accompagne de la chute des cheveux.

Formes malignes. — 1° *Variété foudroyante*. Elle est très-nettement caractérisée : par un mouvement fébrile extrêmement violent; une durée qui dépasse rarement le 9e ou le 10e jour; par sa malignité; et anatomiquement par des plaques dures extrêmement saillantes et presque pédiculées.

C'est la *fièvre maligne* des anciens, l'*ataxique* des modernes.

Les *prodromes* sont plus courts que dans les autres formes et la maladie débute brusquement par un violent accès de fièvre précédé de frisson. Dès le premier jour, le pouls monte à 130-140, il est grand et fort, la chaleur est déjà excessive; anxiété, jactitation, tendance aux lipothymies. La céphalalgie est atroce avec douleur dans les membres. Souvent il y a des vomissements répétés et absence de garde-robe. La soif est très prononcée. Le matin du deuxième jour, il y a une rémission plus ou moins marquée, mais l'accès revient plus violent que la veille, avec délire, agitation, fureur, dyspnée, sans lésion pulmonaire. Le mouvement fébrile s'accroît chaque jour, la chaleur surtout est fort intense; la rémission est marquée par la somnolence, l'exacerbation par de l'agitation et du délire; le facies s'altère rapidement. On observe souvent un refus du boire, une sorte d'hydrophobie, du trismus, des tressaillements des tendons. Quelquefois la langue et les lèvres sont humides malgré la gravité de la maladie, la chaleur est inégale et variable. Il y a diarrhée ou constipation, les symptômes abdominaux et thoraciques sont habituellement peu marqués. J'ai vu la mort survenir dès le troisième jour; Trousseau l'a observée le quatrième jour. Mais les malades atteignent ordinairement

le septième jour où le commencement du deuxième septénaire. Le pouls devient petit, irrégulier, faible, les malades se refroidissent et ils périssent dans une syncope, d'autres fois dans les convulsions ou par la violence du mouvement fébrile.

Lésions. Ce sont les *plaques dures* des auteurs, elles sont très-saillantes, énormes, dures, comme pédiculées, plus ou moins rouges et à peine ulcérées. Les ganglions mésentériques sont très-gonflés, ils ont le volume d'une noisette, d'un œuf de pigeon, sont très-ramollis et quelquefois suppurés; la rate est énorme, noirâtre, ramollie.

2° *Variété lente nerveuse*. Sous ce nom les anciens ont décrit plusieurs formes de fièvres typhoïdes et même des fièvres puerpérales. Néanmoins, on retrouve par la clinique une forme qui correspond assez bien à la description d'Huxham.

Cette forme est caractérisée principalement par l'apparente bénignité de la première période et par la malignité finale et inattendue de la dernière période.

Les prodromes sont longs, le début insensible, le mouvement fébrile peu marqué, mais présentant dès le début des signes d'ataxie. Ainsi la peau est fraîche et le pouls fréquent ou la peau brûlante et le pouls à 80; quelquefois constipation, plus souvent diarrhée séreuse; langue humide avec soif vive ou langue sèche sans soif. Le délire est calme, sans incohérence, et ressemble à de l'aliénation, tantôt triste, tantôt gaie. D'autres fois, c'est un bavardage continuel; presque toujours dans le cours du second septénaire, on observe des tremblements avec soubressauts des tendons et carphologie; les urines sont ténues et claires.

Vers la fin du second septénaire ou au commencement du troisième, aggravation subite, altération de la face, contracture, convulsion, lipothymie, pouls très-fréquent,

puis retombant au-dessous de la normale, refroidissement et mort. Cependant, quelques malades guérissent et parcourent alors une convalescence fort longue.

3° *Variété pétéchiale?* Sous ce nom, les auteurs ont décrit des épidémies de typhus féver, des scarlatines malignes et jusqu'à des *purpura hæmorrhagica*. Existe-t-il une forme de la fièvre typhoïde différente de la fièvre putride déjà décrite, caractérisée par une tendance aux hémorrhagies et principalement par une éruption pétéchiale? C'est ce qu'une observation ultérieure pourra seule décider, aujourd'hui que l'on distingue le typhus de la fièvre typhoïde.

Étiologie. — *Endémique* dans certains pays, la fièvre typhoïde est seulement *épidémique* dans quelques autres, elle atteint rarement plus d'une fois le même individu et elle est manifestement *contagieuse* quoique *non inoculable*. Les étrangers arrivant d'un pays où la fièvre typhoïde n'est pas endémique sont plus exposés que les acclimatés à contracter cette maladie. Il faut généralement deux ans pour jouir du bénéfice de l'acclimatement.

La fièvre typhoïde sévit rarement avant l'âge de 2 ans; elle est moins grave pendant la seconde enfance qu'aux autres âges; elle est surtout fréquente de 15 à 30 ans et devient très-rare après 50 ans.

Pour les *saisons*, il n'y a rien de bien fixe, les épidémies peuvent sévir aussi bien *l'été* que *l'hiver*.

Les excès, les fatigues, la mauvaise nourriture, l'encombrement surtout, sont les *causes occasionnelles* les plus fréquentes; ce qui fait comprendre qu'à Paris, les étudiants, les militaires et les ouvriers venus de la province, sont les principales victimes de la fièvre typhoïde.

Traitement. — *Forme commune.* Dans la *première période,* deux médicaments sont principalement indiqués : *aconitum* et *ipeca. Aconitum* presque toujours au début, quand le mouvement fébrile est intense, avec soif vive, et rougeur de la face ; *ipeca* est préférable si le mouvement fébrile est moindre, anorexie, état nauséeux, surtout vomissements et diarrhée prématurée.

Dans la deuxième période *belladona, muriatis acidum, phosphori acidum, mercurius, arsenicum* et *carbo vegetabilis* sont les principaux médicaments.

Belladona et *muriatis acidum* alternés, l'un dans la matinée, l'autre dans la soirée, d'après la méthode de Teste, sont indiqués par la typhomanie et une affection abdomidale très-développée, surtout s'il y a des selles verdâtres, involontaires, mêlées de vents, tympanite et gargouillement.

Phosphori acidum remplace avantageusement *muriatis acidum,* quand la maladie a été occasionnée par de grands chagrins ou des causes débilitantes; si la face est pâle au lieu d'être vultueuse, ou bien si elle est alternativement rouge et pâle, et surtout rouge d'un côté et pâle de l'autre; urines involontaires, selles jaunes au lieu d'être vertes, involontaires; *phosphori acidum* m'a réussi là où *muriatis acidum* avait échoué.

Mercurius est indiqué par la prédominance de l'affection abdominale : diarrhée très-abondante, très-fréquente, très-fétide; tympanite; ventre plus douloureux qu'à l'ordinaire ; stomatite très-marquée ; langue d'abord large, humide, blanche; gencives couvertes d'un enduit pultacé, saignantes, avec peu de soif; plus tard la langue se sèche, se rapetisse et devient dure comme du bois; la soif est alors inextinguible; la face est pâle ou vultueuse, il y a de la somnolence et de la typhomanie; l'affection thora-

cique est peu développée; tendance aux hémorrhagies, surtout aux épistaxis.

Arsenicum est le médicament principal, lorsque *muriatis acidum* et *phosphori acidum* ont échoué, ou bien d'emblée dans les cas plus graves. Ce médicament est indiqué par l'intensité de la chaleur fébrile; par un pouls petit, faible, irrégulier et fréquent; par l'anxiété et l'agitation nocturnes; par des évacuations fréquentes, des selles brunâtres, putrides et involontaires; par la paralysie de la vessie; par la pâleur de la face et une grande faiblesse; par un mouvement fébrile intermittent.

Rhus toxicodendron, indiqué par la plupart des auteurs quand il y a grande prostration, nous a rendu rarement service.

Carbo vegetabilis. Quand l'état s'aggrave de plus en plus malgré l'emploi des médicaments précédents. Lorsque les malades arrivent à cet état voisin de l'agonie, qui se prolonge si longtemps dans les fièvres typhoïdes graves, *carbo vegetabilis* offre encore quelques ressources. La prostration est profonde, il y a somnolence avec râles; le pouls est fréquent, petit, faible, inégal, fuyant, supprimé; facies profondément altéré, hippocratique; refroidissement; sueurs froides et visqueuses.

Dans la période de déclin, *china* est le médicament principal; il est indiqué par la faiblesse, la pâleur, l'anorexie persistante avec goût amer et langue sèche; il est surtout indiqué après les hémorrhagies abondantes. Le *sulfate de quinine* convient parfaitement contre les accès intermittents qu'on observe fréquemment dans certaines épidémies, accès intermittents qui ont une tendance à devenir pernicieux. La dose est d'un gramme, en trois fois, à une heure d'intervalle, immédiatement après l'accès. Tels sont les médicaments principaux dans le

traitement de la forme commune de la fièvre typhoïde avec prédominance de l'affection abdominale.

Quand l'*affection pulmonaire* prédomine, c'est le traitement de la bronchite et de la pneumonie qui doit être institué : *ipeca* et *bryonia* alternés; *tartarus*, *arsenicum*, *carbo vegetabilis*; *bryonia* et *phosphorus* alternés, etc.

Quand l'*affection cérébrale* est prédominante, *belladona*, déjà indiquée précédemment, est le médicament principal. *Hyosciamus*, *stramonium*, *opium*, viennent ensuite suivant les indications qui seront spécialisées à l'article *Méningite*.

Traitement des principaux accidents. Epistaxis. — *Aconitum* dans la première période, puis *solubilis*, surtout contre l'épistaxis nocturne, précédée de congestions violentes vers la tête. *Phosphorus*, hémorrhagies à siéges multiples. *Moschus*, hémorrhagies très-violentes. Il faut se rappeler qu'une perte de sang considérable est une chose fâcheuse dans la fièvre typhoïde et on ne doit point hésiter à recourir promptement au *tamponnement* des fosses nasales.

Hémorrhagies intestinales. Les principaux médicaments sont : *arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *phosphorus*, *phosphori acidum*, *zincum*, et *ipeca*. — *Phosphori acidum* est celui qui a donné le plus de succès et que je recommande spécialement contre les cas graves.

L'application de la glace est un moyen qui est de quelque secours quand les autres moyens ont échoué.

Les *eschares* demandent une attention particulière chez les malades atteints de fièvre typhoïde. Il faut changer fréquemment la position des malades, les tenir extrêmement propres, lotionner plusieurs fois par jour la partie qui commence à rougir avec de l'eau et de l'arnica, puis

la saupoudrer avec de la fécule, étendre sous eux une étoffe de soie bien tendue, recouvrir les plaies d'un emplâtre de diachylon. Un lit frais, composé de paille ou de balle d'avoine, est une condition favorable pour éviter les eschares.

La *perforation intestinale* n'offre des chances de guérison que si on peut faire naître des adhérences qui circonscrivent l'épanchement. Pour cela il faut immobiliser les malades et l'intestin, puis limiter la péritonite. L'*opium* à dose rapidement narcotique et le *collodion élastique* étendu sur le ventre sont les deux moyens qui répondent à ces indications.

La *péritonite* sans perforation demande le traitement de cette inflammation : *arsenicum* et *carbo vegetabilis, thuya,* etc., sont les principaux médicaments ; le *collodion* rendra aussi des services.

L'*entérite* de la convalescence demande qu'on revienne à *muriatis acidum, phosphori acidum* ou *arsenicum.*

Les *vomissements incoercibles* de la convalescence avec ralentissement du pouls, refroidissement, vomissement bleu, faiblesse excessive, demandent l'usage de la viande et du vin et les médicaments des vomissements de la grossesse; mais principalement *nux vomica* et *graphite* avant et après le repas.

Traitement de la forme bénigne. Dans la *forme bénigne,* le traitement varie suivant la prédominance de l'affection abdominale ou de l'affection thoracique; dans le premier cas, *muriatis acidum* ou *phosphori acidum* constituent tout le traitement; dans le second cas c'est *bryonia* qui est le médicament principal. L'*arthrite* demande *rhus toxicodendron* et principalement *chininum sulfuricum.*

Traitement de la forme foudroyante. Ce traitement

n'existe pas encore. *Aconitum* est surtout indiqué au début. Plus tard, c'est *arsenicum* qui convient davantage. Les *affusions froides* ne doivent pas être négligées dans le traitement d'une maladie aussi grave. D'autres fois, l'enroulement dans le *drap mouillé* convient mieux. C'est toujours la chaleur excessive qui sert d'indication et de mesure à ce moyen.

Traitement de la forme lente-nerveuse. Ce traitement est peu avancé encore. Dans la première période, alors que la fièvre est peu intense et que le délire ressemble à de l'*aliénation, valeriana* est le médicament principal. Dans la seconde période, *arsenicum* et *capsicum annuum* si la fièvre prédomine. *Phosphorus,* qui, dans l'empoisonnement par les hautes doses, présente une période d'une bénignité apparente suivie d'accidents très-graves et sans proportion avec ceux de la première période, est indiqué par la marche des symptômes dans la forme *lente-nerveuse.*

Forme putride. Rhus toxicodendron, phosphorus, arsenicum et *stramonium* sont les médicaments principaux. *Rhus toxicodendron* est indiqué par la fréquence, la faiblesse et la petitesse du pouls; la chaleur âcre; les évacuations involontaires et putrides; l'enduit brun noir des dents, de la langue et des lèvres; la prostration excessive et les hémorrhagies. *Phosphorus* est indiqué par des symptômes analogues, mais avec prédominance des hémorrhagies. Les indications d'*arsenicum* ont déjà été précisées précédemment. *Stramonium* est indiqué par le ballonnement excessif du ventre, avec suppression complète des évacuations; tremblement des membres et de la langue.

Les *affusions froides,* suivies ou non de frictions avec l'*huile de croton tiglium* pour amener une réaction quel-

quefois très-difficile à obtenir sans cela, ont procuré quelques guérisons dans des cas qui paraissaient tout à fait désespérés.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, les doses qui m'ont le mieux réussi sont les 3e dilutions en gouttes, ou les 3e triturations, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Je recommande très-particulièrement de ne pas changer de médicament trop souvent ; *belladona* et *muriatis acidum* ou *arsenicum* doivent être prescrits pendant toute la durée de la maladie, s'il ne se présente pas d'indications urgentes.

Soins hygiéniques. L'aération de la chambre des malades, des soins excessifs de propreté, des boissons abondantes, constituent des moyens hygiéniques extrêmement importants.

Dans la première période et dans la période d'état, il faut tenir les malades à une diète absolue : l'alimentation se fait alors seulement par les boissons féculentes : eau de gruau, eau de riz épaisses; eau dans laquelle on a fait bouillir du pain et qu'on a passée ensuite. Le lait et le bouillon ne doivent être accordés que si les malades accusent un besoin de nourriture, et surtout si la chaleur fébrile n'est pas trop intense.

Le système anglais de l'alimentation, suivi dans le traitement de la fièvre typhoïde, repose sur une fausse application de la théorie de la mort par inanition ; le *refroidissement progressif* qui constitue le symptôme capital dans la mort par inanition faisant précisément défaut dans la fièvre typhoïde.

FIÈVRE INTERMITTENTE

La fièvre intermittente est une maladie caractérisée par un mouvement fébrile revenant sous un type régulier et constituant des *accès*. Elle est propre à certains pays, et elle a pour lésion la congestion de la rate.

L'*accès* se compose de trois périodes ou stades : frisson, chaleur et sueur. Il offre donc l'image d'une maladie complète. Le frisson correspond à la période du début et d'augment, la chaleur à la période d'état, et la sueur à la période de déclin ou de crises.

Un *type* est l'ordre suivant lequel se reproduisent les phénomènes. Les accès de fièvres intermittentes se présentent sous quatre types principaux, lesquels offrent eux-mêmes plusieurs variétés.

Type quotidien. Un accès chaque jour. L'accès peut se répéter deux fois le même jour. C'est alors une *quotidienne doublée*.

Type tierce. Un accès tous les deux jours, séparé par un jour d'apyrexie. S'il y a deux accès chaque deux jours, c'est la *tierce doublée*. Dans la *double-tierce*, il y a un accès tous les jours. Mais ils sont disposés de telle façon que tous les jours pairs il y a des accès semblables, et tous les jours impairs d'autres accès différents des premiers, mais semblables entre eux. En sorte que, par exemple, l'accès du mercredi ressemble à celui du lundi, et l'accès du jeudi ressemble à celui du mardi. C'est comme si deux fièvres tierces marchaient simultanément chez le même sujet.

Type quarte. Un accès tous les quatre jours, séparé par

deux jours d'apyrexie. Quand il y a deux accès tous les quatre jours, c'est la *quarte doublée*. Mais il y a aussi une *double-quarte*. L'évolution de ce type est complète dans cinq jours; il y a deux jours de fièvre, un jour d'apyrexie, et deux jours de fièvre. Exemple : accès le lundi et le mardi, apyrexie le mercredi, accès le jeudi et le vendredi; mais l'accès du lundi et du jeudi se ressemblent, et celui du mardi et du vendredi se ressemblent. C'est, comme la double-tierce, le développement simultané de deux fièvres.

Type rémittent. Mouvement fébrile continu, offrant périodiquement des accès complets avec frisson, chaleur et sueurs. Pas d'apyrexie dans ce type.

On cite quelques cas très-rares de fièvres *quintanes, sextanes, septimanes, octanes, nonanes*.

Enfin les types sont *devançants* ou *retardants*. Dans le premier cas, l'heure du début avance à chaque accès; dans l'autre, elle retarde.

Tous ces types peuvent se transformer les uns dans les autres. Ainsi le plus ordinairement, dans les pays de fièvres, le type est d'abord rémittent, puis il devient quotidien, tierce et enfin quarte. C'est donc une erreur de vouloir classer les fièvres intermittentes par leurs types, puisque ce caractère n'a rien de fixe ni d'immuable.

La fièvre intermittente présente à étudier six formes distinctes : *forme bénigne, commune, maligne,* ou *pernicieuse, anomale, larvée* et *cachectique d'emblée*.

Forme bénigne. — Elle revient sous les types tierce ou quotidien; elle sévit surtout au printemps; enfin elle guérit spontanément. Cette guérison spontanée a lieu le plus souvent après le quatrième, le septième ou le neuvième accès. C'est la fièvre tierce des auteurs, la fièvre vernale de Sydenham.

Les *prodromes* ne sont pas constants; le plus souvent ils consistent en des bâillements avec pandiculation; quelquefois des accès de toux sèche ou une douleur névralgique; d'autres fois c'est une sorte d'excitation ou un sentiment de force et de bien-être extraordinaires.

Le plus souvent les *frissons* partent des lombes, quelquefois des extrémités; ils vont jusqu'au tremblement avec claquement des dents; ils s'accompagnent de pâleur de la face et des extrémités. La pâleur va quelquefois jusqu'à la lividité des pieds et des mains. Il y a *chair de poule*, sentiment de froid et froid réel du tégument extérieur; cependant le thermomètre accuse une élévation de température dans les parties profondes. Le pouls est petit, dur, concentré; il y a céphalalgie frontale et douleur dans les membres; souvent vomissements bilieux; quelquefois soif vive, plus souvent adipsie; les urines sont pâles, aqueuses et abondantes. La durée moyenne de ce stade est d'une à deux heures; il peut consister en une simple transpiration de quinze à vingt minutes; il peut au contraire se prolonger cinq à six heures.

Le stade de *chaleur* s'annonce par des bouffées de chaleur qui viennent se mélanger aux frissons; puis le froid disparaît complétement; la chaleur devient vive, âcre, sèche, très-désagréable; elle s'accompagne d'un mal de tête très-violent avec tendance à la somnolence ou au délire. En même temps le pouls est grand, dur et fréquent; la soif est vive; les urines sont rouges et peu abondantes. La durée de ce stade est de deux à quatre heures.

Le stade de *sueur* commence; le malade se trouve mieux. La chaleur devient moins vive; la céphalalgie et la soif diminuent; le pouls est plus large, moins dur et moins fréquent; la sueur se maintient sous forme d'une douce moiteur, puis elle devient abondante, profuse. Elle

apparaît d'abord à la face, et successivement au tronc et aux membres; elle dure de deux à quatre heures, s'accompagne souvent d'un sommeil réparateur et de la disparition complète de tous les symptômes fébriles. Les urines sont foncées et laissent déposer par le refroidissement un sédiment très-abondant analogue à de la tuile pilée.

Dans le commencement, les malades éprouvent de la courbature et de l'inappétence le jour de l'*apyrexie;* mais plus tard la santé semble parfaite entre les accès.

Le plus souvent, dans la forme bénigne, les accès reviennent sous la forme tierce. Cependant, au début, on observe quelquefois le type quotidien ou le double-tierce; et ce n'est que plus tard, après le quatrième accès ordinairement, que les accès reviennent définitivement au type tierce. Comme nous l'avons dit, cette fièvre a une tendance naturelle à la guérison, habituellement après le septième et le neuvième accès. Elle dure rarement plus de six semaines.

La rate se gonfle de plus en plus à chaque accès, mais elle ne devient jamais énorme.

Forme commune. — Elle est caractérisée par la succession des types; par une durée qui peut atteindre plusieurs années, par l'existence d'une période cachectique.

Elle présente à étudier trois périodes : le début, la période d'état et la période cachectique.

Habituellement pseudo-continue, rémittente, elle simule la fièvre typhoïde pendant son premier septénaire; puis sa rémittence se marque de plus en plus, la fièvre devient quotidienne, tierce, puis enfin quarte, qui est le type naturel de cette fièvre.

Cette *période de début* peut durer plus ou moins d'un

septénaire; elle peut manquer complétement, et la maladie débute d'emblée par la *période d'état*.

A cette période, la fièvre, si elle n'a pas été troublée dans sa marche naturelle, revient presque toujours sous le type quarte. C'est la *fièvre quarte* des auteurs. L'accès est habituellement plus court que dans la forme bénigne, et cependant le frisson est plus long.

L'intermission est plus complète que dans les autres formes; les malades conservent leurs forces et leur appétit, et ils peuvent se livrer à leurs occupations accoutumées. Cependant la rate se gonfle de plus en plus, ainsi que le foie; la maladie se continue pendant un ou deux ans, présentant quelquefois une rémission naturelle d'une durée de quelques mois pendant l'hiver ou au commencement de l'été.

Si les malades ne sont pas guéris par un traitement approprié et par un changement de pays, ils tombent plus ou moins vite dans la période de *cachexie*. L'anémie et la perte des forces sont les deux premiers symptômes qui annoncent l'invasion de cette période. Le malade devient pâle, amaigri; son appétit est très-variable, un certain degré de bouffissure, puis une véritable hydropisie, avec ou sans albuminurie, ne tardent point à se manifester. Pendant cette période, les accès sont habituellement faibles, à types très-irréguliers. Ajoutons qu'ils peuvent subitement revêtir la *forme pernicieuse*. Le foie et surtout la rate, énormément développés, forment des tumeurs très-appréciables dans l'abdomen et constituent ce qu'on a appelé le *gâteau fébrile*. Il peut survenir de l'*ictère*, de la *mélanémie*, ou au contraire de la *leucocythémie*; mais ces symptômes ne sont pas constants. La diarrhée est fréquente dans un état avancé de cachexie; elle est habituellement séreuse ou séro-sanguinolente, sans coliques ni ténesme. La vie peut se prolonger très-longtemps au mi-

lieu de ces désordres, et les malades peuvent guérir encore par un traitement approprié; mais la mort arrive fréquemment soit par la diarrhée, soit par l'aggravation de l'hydropisie, soit par le développement de la maladie de Bright, soit enfin par un accès pernicieux. Mais cette terminaison est la plus rare de toutes.

Forme cachectique d'emblée. — Elle n'existe que dans les pays où la fièvre intermittente est endémique. Elle est caractérisée par le développement de la cachexie palustre sans que le malade ait été soumis à des accès de fièvre. Cette forme peut être congénitale. Les accès, soit sous le type quarte, soit sous un type irrégulier, se développent plus tard, durent un certain temps et disparaissent pour reparaître encore. L'état général n'est pas aussi grave dans cette forme que dans la période cachectique. Les hydropisies et les diarrhées épuisantes n'apparaissent que tardivement, et dans les cas rares où la maladie se termine par la mort. Habituellement cette forme, plus ou moins modifiée par le traitement, est compatible avec une certaine conservation des forces et de l'appétit, et dure souvent autant que la vie du malade. Elle constitue comme une espèce de *tempérament fébrile* propre aux contrées marécageuses.

Forme pernicieuse. — Elle correspond aux formes malignes des autres fièvres. Elle est caractérisée par un type devançant, par son excessive gravité et par les signes de malignité. Tantôt elle débute d'emblée chez des individus n'ayant jamais eu d'autres formes de fièvres intermittentes; tantôt, au contraire, elle sévit sur des personnes ayant déjà subi soit la forme commune, soit la forme bénigne, soit l'une et l'autre forme; caractère qui différencie essentiellement la fièvre intermittente des

fièvres éruptives et même de la fièvre typhoïde. Il faut savoir aussi que la forme pernicieuse peut intervenir à une période quelconque de la cachexie dans la forme commune. Cette forme présente un grand nombre de variétés divisées en deux catégories principales :

I. *Fièvres pernicieuses avec exagération des phénomènes fébriles :*

1° Fièvre algide.
2° Fièvre sudorale.

II. *Fièvre pernicieuse compliquée, accompagnée d'une autre affection* febris comitata.

1° Comateuse.
2° Phrénétique.
3° Convulsive.
a. Tétanique.
b. Eclamptique.
4° Syncopale.
5° Cardialgique.
6° Péripneumonique.
7° Pleurétique.
8° Hématémésique.
9° Cholériforme.
10° Dysentériforme.
11° Ictérique ou grande endémique des pays chauds.

Si on consulte les nombreuses observations cliniques de fièvre pernicieuse, on voit que le type le plus fréquent est le rémittent ou pseudo-continu, et que les types tierce ou quotidien ne viennent qu'en seconde ligne; le type quarte est le plus rare de tous. Ce type, avons-nous dit, est toujours devançant; de tierce il devient quotidien, de quotidien *subintrant,* c'est-à-dire qu'un accès étant à peine terminé, l'autre commence. Le caractère pernicieux de la maladie se montre quelquefois dès le début, et il y a des cas mortels au premier accès; mais d'autres fois les premiers accès ont une apparence de bénignité, et il est difficile de prévoir le danger dans lequel se trouve le malade. Quand le type est pseudo-continu, il est difficile de diagnostiquer, non-seulement la *forme,* mais la maladie elle-même; dans ce cas, on reconnaîtra la fièvre intermittente aux caractères suivants : le mouvement fébrile présente une rémission; le commencement de l'accès est

marqué par du refroidissement, très-souvent par des vomissements bilieux, sa fin est accompagnée de sueurs et d'urines critiques, avec un dépôt briqueté abondant.

1re CATÉGORIE. — *Pernicieuse algide.* Le plus souvent l'algidité s'établit pendant le second stade, après une réaction plus ou moins forte; d'autres fois, elle s'établit d'emblée, sans frisson, après un ou plusieurs accès ordinaires. Trousseau dit qu'elle s'établit immédiatement après un grand frisson, mais je ne connais aucune observation où l'algidité ait suivi cette marche. Une fois établie, l'algidité ne cesse plus; elle peut se prolonger trois jours sans présenter aucun signe de réaction; elle se termine presque fatalement par la mort. Le froid commence par les extrémités, le nez, la langue; il envahit tout le corps et, comme dans le choléra, il descend au-dessous du froid cadavérique, puisque les corps se réchauffent après la mort. Le pouls est faible, petit, *rare*, puis complétement éteint; le facies est cadavérique; il y a aphonie complète; la connaissance est entièrement conservée et les malades éprouvent une sorte de bien-être qui se reflète sur leur physionomie; ce bien-être, l'air placide et heureux de ces malades les trompent et trompent le médecin peu expérimenté.

Cette variété est excessivement grave; elle guérit très-rarement même avec le traitement le plus approprié. Quand la guérison a lieu, la réaction est quelquefois excessive.

Pernicieuse sudorale. Le dernier stade s'exagère; la sueur constitue une véritable inondation; puis elle se refroidit, en même temps que le pouls qui devait être grand pendant la sueur, est de plus en plus petit, très-fréquent et il faiblit rapidement; la respiration devient haute, le facies hippocratique, et les malades succombent très-

vite, soit après un petit nombre d'accès, soit après le premier.

2e CATÉGORIE. — *Pernicieuse comateuse.* Dans cette variété appelée encore apoplectique, le coma apparaît habituellement pendant le deuxième stade ; quelquefois dès le premier. Habituellement il y a seulement somnolence dans les premiers accès, puis coma dans les suivants, et enfin *carus* profond. Le pouls est fort et plein, la chaleur excessive; dans l'intervalle des accès il y a tendance au sommeil. Cette variété s'unit quelquefois à la pernicieuse convulsive.

Pernicieuse délirante ou phrénétique. Le délire apparaît pendant le deuxième stade et il va en augmentant à chaque accès. La céphalalgie, les vomissements et la constipation sont très-marqués dans cette variété ; le pouls est grand et dur ; plus tard apparaissent les soupirs, les hoquets, les soubresauts des tendons, les évacuations involontaires, avec un pouls petit et fréquent, et la mort survient comme dans la méningite.

Pernicieuse convulsive. Tantôt *tétanique,* tantôt *éclamptique,* les convulsions surviennent pendant le frisson ou pendant la période d'état. Souvent cette variété apparaît avec l'une des deux précédentes.

Pernicieuse syncopale. Cette variété est très-grave ; elle est caractérisée par un état lipothymique allant quelquefois jusqu'à la syncope. Cet accident peut se montrer à tous les stades. Le pouls est petit, faible, défaillant; le malade ne peut faire aucun mouvement sans se trouver mal ; quelques-uns accusent un sentiment de froid partant du cœur et s'étendant le long des vaisseaux ; d'autres ont une douleur à la pointe du cœur.

Pernicieuse cardialgique. Caractérisée par une douleur atroce au cardia avec ou sans vomissement, si on ne par-

vient pas à l'arrêter elle se complique bientôt de lipothymie et de syncope.

Pernicieuse pleurétique, péripneumonique et bronchique. Fièvre pernicieuse avec une inflammation concomitante de la plèvre, du poumon et des bronches. L'existence du souffle, des râles divers et des matités, permettent de constater que ces inflammations sont intermittentes comme le mouvement fébrile lui-même. Les accès reviennent habituellement sans le type quotidien et deviennent bientôt subintrants. Ces variétés, très-fréquentes à Paris, sont les moins dangereuses de toutes.

Pernicieuse hématémésique. Caractérisée par des vomissements de sang elle se confond souvent avec la cardialgique.

Pernicieuse cholérique. Cette variété s'accompagne de vomissements et de diarrhée dès le premier accès, et les symptômes cholériformes apparaissent plus tôt ou plus tard. Les évacuations deviennent extrêmement abondantes avec sueurs froides, refroidissement général ; pouls petit, défaillant ; facies hippocratique ; suppression des urines ; aphonie et mort. — Cette variété est très-grave ; elle présente de grandes analogies avec les pernicieuses algides et syncopales.

Pernicieuse dysentérique. Caractérisée par des évacuations petites et très-fréquentes de matières glaireuses et sanguinolentes, avec épreintes et ténesme atroces. Niée par Trousseau, cette variété repose sur des observations cliniques incontestables (Bonnet).

Pernicieuse ictérique, ou *grande endémique des pays chauds.* Elle est caractérisée par un type rémittent, l'ictère et des hémorrhagies à siége multiple. Cette variété a été confondue avec la fièvre jaune par beaucoup d'auteurs. Elle s'en distingue par une intermittence réelle, parce qu'elle sévit sur les étrangers ; parce qu'elle règne

en dehors des limites de la fièvre jaune, parce qu'enfin le sulfate de quinine constitue le traitement le plus efficace. Quoique plus particulièrement propre aux pays intertropicaux, on en observe des cas isolés en Europe.

Forme anomale.—L'anomalie porte soit sur la longueur des stades, soit sur l'absence de l'un d'eux, soit sur leur interversion. Bonnet a observé un cas où la longueur de l'accès était de trois jours, avec une intermission d'un jour seulement; c'est tantôt le froid, tantôt la chaleur, tantôt la sueur qui font défaut dans l'anomale incomplète. Enfin il existe des observations de fièvre intermittente dans lesquelles l'accès commençait par la sueur et finissait par le frisson.

Forme larvée. — C'est celle dans laquelle le mouvement fébrile n'existe pas, et non pas les formes qui sont masquées par une affection locale, *febris comitata;* Trousseau commet une grosse erreur en appelant les pernicieuses de la deuxième catégorie des *fièvres larvées.*

Cette forme est caractérisée par le retour, sous l'un des types de la fièvre intermittente, d'une névralgie ou d'une autre névrose : dyspnée, toux convulsive, aphonie, hoquet, délire, coma, chorée, insomnie, etc.; le mouvement fébrile fait complétement défaut dans cette forme; il est *larvé*. La variété névralgique est de beaucoup la plus fréquente.

Anatomie pathologique. — Dans la forme bénigne et au début de la forme commune, la seule lésion qui ait été constatée est la congestion et le gonflement de la rate. Cette congestion, qui diminue pendant l'apyrexie pour revenir à chaque accès, finit, dans la forme commune, par amener l'hypertrophie de la rate, hypertrophie étroi-

tement liée à la période cachectique. La rate devient énorme, elle atteint souvent l'hypogastre et présente des bosselures disposées par sillons horizontaux. Cet état de la rate produit deux lésions secondaires et opposées, la *mélanémie* et la *leucocythémie*. La mélanémie est constituée par la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires qui semblent se former dans la rate et dans la veine porte. Ces corpuscules se localisent principalement dans le foie, dans la substance grise du cerveau et dans la peau, qui devient d'un brun grisâtre caractéristique. Cette coloration pourrait faire confondre les cachectiques de la fièvre intermittente avec les malades frappés de l'affection bronzée d'Addison. Le sang, examiné au microscope, présente des granulations pigmentaires ordinairement noires, quelquefois brunes ou même jaunes-rougeâtres, sous forme de cellules isolées, réunies en cylindres ou en petits amas irréguliers. Cette lésion est fréquemment unie à l'albuminurie et s'accompagne d'une tendance aux hémorrhagies.

D'autres malades présentent un état opposé, la *leucocythémie*, caractérisée par une augmentation considérable des *globules blancs*.

Le foie présente souvent une lésion analogue à la rate; et les reins, les caractères de la néphrite de Bright. Dans la forme pernicieuse, le sang est diffluent, la rate très-ramollie, quelquefois déchirée. On observe dans les organes et suivant les variétés de fièvres, des congestions et des inflammations.

La forme algide semblerait avoir pour lésion une congestion de la partie cervicale de la moelle épinière.

Étiologie. — La fièvre intermittente est une maladie endémique et non contagieuse. Elle est propre aux pays marécageux et disparaît à mesure que les progrès de l'as-

griculture et de l'hygiène publique suppriment les eaux stagnantes et transforment les terrains marécageux. Un sous-sol argileux est une condition fort importante dans la production des fièvres intermittentes. Le mélange de l'eau de mer et de l'eau douce, les défrichements, les grands mouvements de terre, sont encore des causes d'une grande efficacité. L'air des marais a été analysé avec le plus grand soin, et on l'a trouvé aussi pur que celui des montagnes; seulement on a recueilli dans la rosée une matière putrescible, d'odeur ammoniacale. Mais cette matière est-elle capable de donner la fièvre? C'est ce qu'il faudrait démontrer pour affirmer que l'on connaît enfin le *poison*, le *miasme* des fièvres intermittentes. Jusque-là les miasmes resteront à l'état d'hypothèse.

L'influence des marais peut être transportée à plus de 2,000 mètres par le vent; dans d'autres circonstances, un bois, une légère élévation suffisent pour circonscrire la cause morbifique.

Dans certaines circonstances encore indéterminées, la fièvre intermittente se développe sous forme *épidémique*.

La durée de l'incubation dans les cas ordinaires est de cinq à douze jours; mais il y a des observations de fièvres développées immédiatement après avoir couché ou même traversé un pays marécageux. Un autre ordre de faits montre que la fièvre intermittente peut se développer plusieurs mois après avoir quitté les pays où elle est endémique.

En France, c'est au mois de *mars* et au mois d'*août* qu'on voit débuter le plus grand nombre de fièvres; au printemps les formes bénignes, en automne les formes communes; les formes malignes dans les deux saisons.

Tous les *âges* présentent des cas de fièvre intermittente. La *race nègre*, qui vit dans le pays le plus fiévreux

de la terre, échappe presque complétement à cette maladie.

Les causes *occasionnelles* les plus évidentes sont le froid du soir et de la nuit, le refroidissement causé par des vêtements mouillés; les bains froids prolongés; la colère, la peur surtout; les excès et les fatigues.

Traitement. — La *prophylaxie* est fort importante dans la fièvre intermittente. Le desséchement des étangs, la canalisation des rivières, et principalement le drainage et la culture des terrains marécageux, ont fait disparaître la fièvre intermittente de beaucoup de pays où elle était endémique.

Forme bénigne. Il faut se rappeler que cette forme a une tendance naturelle à la guérison, après un petit nombre d'accès, et que c'est dans cette forme qu'on réussit avec toutes les médications possibles.

Le *sulfate de quinine* est presque toujours indiqué, et comme il *coupe l'accès* presque infailliblement, il suffit à guérir toute la maladie, dans cette forme où il n'existe aucune tendance à la récidive.

La tradition et une longue pratique dans les pays où la fièvre intermittente est endémique nous ont enseigné la sûreté des préceptes suivants dans l'administration du sulfate de quinine : 1° administrer une forte dose en une fois; 2° placer cette dose le plus loin possible de l'accès à venir, c'est-à-dire au déclin de l'accès. Cette dernière règle, posée d'abord sur l'empirisme pur, s'explique par l'homœopaticité du sulfate de quinine pour la fièvre intermittente et par les aggravations produites lorsque le médicament est administré trop près de l'accès.

Les doses sont de 10 à 15 centigrammes avant la première dentition; 20 centigrammes avant la seconde; 30 à

40 centigrammes jusqu'à 10 ans; 40 à 75 jusqu'à la puberté; 1 gramme chez l'adulte.

Il est très-rare que le sulfate de quinine, administré suivant la méthode précédente, ne suffise pas à guérir complétement, et en vingt-quatre heures, la fièvre intermittente de forme bénigne. Cependant j'ai rencontré des cas où le sulfate de quinine a été complétement inefficace. *Ipeca, capsicum, nux vomica, plumbum,* sont les médicaments indiqués dans ce cas.

Ipeca est indiqué quand le froid est précédé d'une période nauséeuse avec un peu de sueurs froides au front; quand il n'y a pas de proportions entre les stades; quand, pendant l'apyrexie, il y a inappétence, nausées, vomissements et diarrhée. La dose est la 6e ou la 12e, administrée au déclin de l'accès et le jour intercallaire, une cuillerée toutes les six heures.

Capsicum annuum est indiqué par la prédominance du froid avec forte soif; par la coexistence du ténesme et des symptômes hémorrhoïdaires. Même dose, même mode d'administration qu'*ipeca*.

Nux vomica, plumbum et quelques autres peuvent être indiqués exceptionnellement.

Traitement de la forme commune. Le *sulfate de quinine* réussit encore ici à couper les accès. Il guérit complétement la maladie s'il est parfaitement homœopathique et s'il est administré de manière à prévenir les récidives. Autrement, les accès se rapprocheront de plus en plus, la cachexie se prononcera, les accidents quiniques se mêleront aux symptômes de la fièvre, et le sulfate de quinine deviendra un médicament très-nuisible.

Si donc la fièvre se présente sous le type pseudo-continu ou rémittent, ou si déjà tierce ou quarte l'accès est bien régulier, bien proportionné, avec prédominance de la soif pendant la fièvre, retour de la soif pendant la

sueur, le sulfate de quinine, aux doses que nous avons dit précédemment, sera indiqué; il coupera l'accès et devra être répété pour empêcher *les récidives*. Ces récidives s'éloigneront de plus en plus et disparaîtront complétement et sûrement après une répétition suffisante du médicament.

Les médecins ont recherché avec grand soin quel était le mode de reproduction des récidives, afin de placer utilement la prise de l'antipériodique. L'époque des récidives varie avec les types; mais *presque constamment* l'accès se reproduit au jour où il serait venu si l'accès n'avait pas été coupé. Quand le type est tierce, la récidive a une tendance à se manifester à la fin de la deuxième semaine; et à la fin de la troisième, quand le type est quarte. C'est donc vers le 12e jour dans le premier cas, et vers le 18e dans le second, qu'il faudra administrer 75 centigrammes de sulfate de quinine à un adulte, et on répétera cette administration jusqu'à ce que trois mois se soient écoulés sans accès.

Les règles que nous venons d'exposer sont purement empiriques; mais elles sont justes dans la plupart des cas. La règle véritable serait de répéter le sulfate de quinine quand *son action est épuisée;* mais la durée de cette action varie avec les types de la fièvre et aussi avec les organisme; il n'est donc pas possible de préciser autrement que nous l'avons fait le moment de renouveler les prises de sulfate de quinine. Si les malades s'observaient bien ils seraient *toujours* avertis de la fin de cette action par le retour de certaines souffrances : névralgie, horripilation, malaise, indiquant l'imminence du retour de la fièvre et le moment opportun de donner le sulfate de quinine.

Quand le *type est encore rémittent,* on doit administrer 1 gramme de sulfate de quinine au déclin de l'accès, tous

les jours, jusqu'à ce que la maladie ait pris le type tierce ou quarte.

Mais, si le sulfate de quinine n'est pas homœopathique, les récidives apparaîtront malgré son administration; elles se rapprocheront, et la cachexie marchera à grands pas; il faudra alors renoncer à un médicament qui ne peut qu'aggraver l'état du malade. Dans ce cas, le *quinquina* à haute dose ou la *cinchonine* peuvent encore rendre des services; mais il est préférable de s'adresser à *nux vomica, arsenicum, carbo vegetabilis, natrum muriaticum, ipeca, tarentula, plumbum, cedron,* etc.

Ces médicaments doivent être administrés en une ou deux fois, immédiatement après l'accès, et ne pas être répétés tant que les accès vont en décroissant, et surtout s'ils sont complétement coupés. Nous ne donnerons les indications que pour les deux principaux : *arsenicum* et *nux vomica.*

Arsenicum convient quand la soif est nulle pendant le frisson, très-forte pendant la chaleur, et fréquente pendant la sueur; quand pendant le frisson la face est rouge et chaude; quand la fièvre s'accompagne d'anxiété, d'agitation, de lipothymie, d'oppression; quand la sueur arrive tardivement; quand les types sont intervertis; dans la cachexie avec albuminurie et diarrhée.

Nux vomica est indiquée par un frisson intense avec doigts morts et ongles violacés; mélange de frisson et de chaleur; horripilation en se découvrant; chaleur avec congestion à la tête; somnolence pendant la chaleur et la sueur; la sueur manque quelquefois; constipation souvent avec ténesme rectal et vésical; soif pendant les trois stades ou seulement pendant la chaleur.

C'est un tort de croire que les basses dilutions réussissent mieux que les hautes. Le plus souvent j'ai employé

la 12e en globules et j'ai eu de très-beaux succès avec la 200e.

Traitement de la forme pernicieuse. Ici il s'agit avant tout de *couper* la fièvre et d'empêcher le retour d'un accès qui peut être mortel; aussi aucun médicament connu ne peut aller de pair avec le sulfate de quinine, et on n'est autorisé à en prescrire un autre que lorsque celui-ci a échoué. Nous notons expressément que nous posons cette règle, non parce que les médicaments à dose infinitésimale sont impuissants à couper un accès pernicieux, mais à cause du danger de mort que court le malade, danger de mort qui est conjuré plus sûrement par le sulfate de quinine que par tout autre médicament.

Dans la fièvre pernicieuse, la dose est de 1 gr. 50 à 3 gr., administrés en deux ou trois doses, à une heure et même à une demi-heure d'intervalle quand le temps presse. Le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit cette règle posée par Torti, que la quantité du médicament doit suppléer au temps; c'est-à-dire que lorsque le retour de l'accès est peu éloigné, il faut donner la plus forte dose. C'est au déclin de l'accès qu'on doit prescrire le sulfate de quinine, dans les types tierce et quotidien; il doit être administré aussitôt le diagnostic porté dans les types subintrants. Le sulfate de quinine doit être donné trois jours de suite, à la dose de 1 gramme au moins, même quand la fièvre est coupée ou que les accès sont fortement diminués, parce qu'il y a une grande tendance aux récidives les premiers jours; le malade sera ensuite surveillé exactement pendant quinze jours ou trois semaines; après quoi les récidives ne sont plus à craindre.

Si le sulfate de quinine n'agit pas sur l'accès, il faudra administrer, suivant les indications : *arsenicum, nux vomica, veratrum, belladona, bryonia, capsicum,* etc.

Traitement de l'intermittente larvée. Le médicament est indiqué par les caractères de l'affection, qui revient par accès. Dans les névralgies, nous avons surtout réussi avec *nux vomica* 12e et *arsenicum* 12e. Si le sulfate de quinine est indiqué, il faut l'administrer à la dose d'un quart plus forte que pour la forme commune.

Forme cachectique d'emblée. Dans cette forme, on agira comme dans la cachexie de la forme commune; seulement, si le quina est indiqué, il faudra l'administrer à la dose de 4 grammes à prendre en quatre prises, à une heure de distance chaque prise, et s'il y a amélioration, recommencer après huit jours.

L'hydrothérapie peut couper et guérir la fièvre intermittente; mais c'est un moyen qui n'est point sans danger, dont les indications ne sont pas encore nettement posées, et qui jusqu'ici ne peut lutter avec la médication homœopathique.

Le régime des malades sera fortifiant. Ils doivent éviter toutes les causes énumérées au chapitre de l'étiologie, et, s'ils le peuvent, quitter les pays à fièvre intermittente.

MALADIES PESTILENTIELLES

Cette classe de maladies est caractérisée par un danger considérable ; c'est « un mal qui répand la terreur. » A côté de formes bénignes, les maladies pestilentielles présentent toujours des formes extrêmement malignes, foudroyantes dans leur marche et fatalement mortelles; elles sont contagieuses; enfin elles sont originaires d'un lieu déterminé, d'où elles se répandent sur toute la surface de la terre, sous forme *épidémique;* dans d'autres cas, elles restent confinées dans leur lieu d'origine; elles sont *endémiques* et ne peuvent s'acclimater dans les autres pays. Les pestilentielles épidémiques comprennent trois maladies : la *peste,* le *choléra* et le *typhus;* les pestilentielles endémiques n'en comprennent que deux : la *suette* et la *fièvre jaune.*

CHOLÉRA.

C'est pour nous la plus importante de toutes les maladies pestilentielles, puisque c'est elle que nous sommes exposés à rencontrer le plus souvent. Cette maladie tire son nom de la ressemblance de ses symptômes avec ceux du *choléra nostras,* dont on l'a distingué, soit en lui donnant le nom du pays où elle se développe spontanément, *choléra indien,* soit en la désignant par un de ses principaux symptômes, *choléra noir.*

Le choléra est donc une maladie pestilentielle, caractérisée par des évacuations d'un liquide blanchâtre, par haut et par bas; par des crampes, mais principalement par une diminution plus ou moins considérable des phénomènes chimiques de la respiration; d'où l'algidité, la lividité, la petitesse et l'absence du pouls. Le pays d'origine de cette maladie pestilentielle est la vallée du Gange.

Le choléra présente à étudier quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne* ou *cholérine*, la *forme ataxique*, et la *forme foudroyante*, ou *asphyxique* d'emblée.

La Forme commune est caractérisée par la succession régulière de deux périodes, algidité et réaction; c'est elle qui sert de type à la description de la maladie.

Prodromes. De l'anorexie, un sentiment de faiblesse et d'inquiétude, la perte de l'éclat des yeux et du teint, mais surtout la *diarrhée*, constituent la période prodromique du choléra, période dont la durée s'étend de quelques heures à quelques jours. La *diarrhée prémonitoire*, à laquelle on a attaché une importance exagérée, est habituellement sans colique; elle devient d'autant plus liquide et d'autant plus pâle que la maladie approche davantage du début du choléra; elle n'est pas constante; de plus, c'est une illusion de croire qu'elle peut toujours être arrêtée.

Invasion. Trois symptômes, presque simultanés dans leur apparition, caractérisent l'invasion du choléra : les vomissements, la diarrhée et les crampes. Les évacuations, d'abord alimentaires ou féculentes, puis bilieuses, deviennent séreuses, contenant de petits flocons d'albumine; elles sont alors *riziformes;* les crampes sont intenses, répétées, et siégent principalement sur les membres inférieurs.

La maladie marche très-rapidement : ici il ne faut plus compter par jours, mais par heures.

Quelques heures après l'invasion, la respiration s'accélère pour suppléer à l'insuffisance des phénomènes chimiques; le froid se prononce, la face s'altère et présente déjà une teinte violacée; le pouls faiblit et s'accélère; la voix perd son timbre; la soif est énorme; les urines, d'abord albumineuses, se suppriment. Quelques heures encore et le malade n'est plus reconnaissable : l'*amaigrissement* est considérable; la cyanose s'empare de la face et des extrémités; l'algidité se généralise; la face, la langue, l'haleine, sont glaciales; l'aphonie est complète, le pouls absent. Cependant l'intelligence est intacte; les forces musculaires sont encore conservées, et le malade peut s'asseoir pour satisfaire aux évacuations qui sont incessantes. La *période algide* atteint alors son maximum, et nous allons voir des symptômes bien différents se succéder, suivant que le malade doit guérir ou succomber.

Dans le premier cas, la période de *réaction* se développe. Les symptômes de la période algide disparaissent dans l'ordre inverse de leur apparition. Le pouls reparaît et devient plus fort d'heure en heure; la cyanose et l'algidité diminuent; la chaleur se rétablit; la bile apparaît dans les évacuations; les urines sont sécrétées de nouveau et contiennent beaucoup d'albumine; les crampes cessent et les malades ont une tendance au sommeil. Mais, dans le choléra asiatique, la réaction ne s'arrête pas comme dans le *choléra nostras*, à la disparition des symptômes de l'algidité. Ici, la réaction dépasse de beaucoup le but physiologique et constitue une période de la maladie, période qui a ses dangers et ses morts. Un mouvement fébrile intense; une céphalalgie atroce; la coloration écarlate des téguments; des inflammations gastro-intestinales violentes et prolongées; des érup-

tions diverses à la peau, constituent les principaux traits de cette réaction.

La terminaison par la mort peut avoir lieu dans la période algide, après une réaction incomplète, ou en pleine réaction.

Mort dans la période algide. Collapsus complet; sueurs froides; évacuations involontaires, quelquefois brunâtres, sanguinolentes; évacuations supprimées; troubles de l'ouïe et de la vue; asphyxie progressive. Mort avec conservation de la connaissance.

Mort après une réaction incomplète. Tendance au coma pendant la chaleur; puis retour de l'algidité et de l'asphyxie; mort dans le coma et l'asphyxie.

Mort en pleine réaction. Très-rare dans la forme commune. Cette terminaison se produit par la violence des inflammations consécutives.

Forme bénigne ou cholérine. — Son caractère distinctif est l'absence de phénomènes asphyxiques; elle présente des degrés très-divers, depuis la simple diarrhée riziforme jusqu'à cet ensemble constitué par les vomissements, la diarrhée, le froid, les crampes et la suppression des urines. Il n'y a jamais ni lividité, ni suppression du pouls.

Forme ataxique. — Caractérisée par une période algide affectant une bénignité apparente, et par une période de réaction très-grave, pendant laquelle se développent des inflammations viscérales, souvent mortelles.

La bénignité de la première période n'est qu'apparente; l'irrégularité, le désaccord des symptômes témoignent, dès le début, de l'excessive gravité de cette forme. Les vomissements peuvent manquer ou être très-peu nombreux; les évacuations contiennent souvent de la bile;

les urines persistent. Mais, ici plus que dans toute autre maladie, on observe l'*ataxie* des symptômes. Ainsi, le pouls peut persister avec une algidité complète; le pouls être complétement absent, avec une rougeur et une chaleur de la peau excessives; le pouls être très-appréciable à un bras et être nul à l'autre; une portion du corps présenter une chaleur brûlante, et l'autre un froid glacial; la cyanose est de même distribuée inégalement.

La période de réaction se fait incomplétement, et en même temps on voit se développer des inflammations gastro-intestinales, des méningites et des congestions cérébrales. Les malades tombent dans la stupeur; la prostration est complète, et leur état présente une certaine ressemblance avec la fièvre typhoïde; c'est l'*état typhoïde des auteurs*; la diarrhée, avec évacuations involontaires, le délire, la somnolence surtout, complètent le tableau de cette période de réaction. Mais, à mesure que les inflammations viscérales s'aggravent, l'état cholérique reprend son caractère propre, c'est-à-dire que l'asphyxie et l'algidité reparaissent. L'inflammation, au lieu de s'accompagner d'une réaction fébrile violente, détermine rapidement un abaissement du pouls et de la température; en sorte que ces inflammations se font *à froid*, et que lorsque la mort arrive, le coma, l'algidité, la cyanose ont ramené complétement l'apparence cholérique.

Quand les malades guérissent, les fonctions se rétablissent graduellement, les inflammations se résolvent lentement et laissent le malade dans une convalescence longue et difficile.

Cette forme du choléra a une marche bien plus lente que toutes les autres. La mort, à moins qu'elle ne frappe les malades pendant l'algidité, ne survient guère avant la fin du premier septénaire, et nous l'avons observée à la

fin du second et dans le cours du troisième. La guérison demande encore plus longtemps pour être définitive.

Forme foudroyante ou asphyxique d'emblée. Choléra noir des auteurs. — Il ne faut pas confondre avec cette forme tous les cas de choléra sans prodromes, et dans lesquels les malades, frappés de terreur, tombent immédiatement dans un affaissement complet. Ce qui caractérise la forme foudroyante, c'est l'*asphyxie d'emblée*. Dans la forme commune, l'asphyxie survient graduellement et n'est manifeste que lorsque la maladie a déjà duré plusieurs heures. Ici, les évacuations, l'algidité, les crampes et la cyanose surgissent simultanément. Le pouls s'en va et disparaît rapidement; la cyanose se généralise; les malades deviennent noirs, l'algidité est extrême; l'amaigrissement marche avec une rapidité incroyable; le facies est cadavérique; le corps se couvre d'une sueur froide et gluante, et la mort peut survenir au bout de deux heures; d'autres fois la maladie se prolonge pendant vingt-quatre heures. Si les malades guérissent, une réaction très-franche, très-violente s'établit. Cette réaction offre les caractères et les périls de celles que nous avons décrites pour la forme commune, seulement avec une intensité plus considérable.

Les principales affections consécutives du choléra sont: des diarrhées, des gastralgies, des dyspepsies rebelles. La folie peut aussi apparaître pendant la convalescence de cette maladie.

Anatomie pathologique. — Les cadavres présentent un mélange des signes de la mort par asphyxie et par syncope. Le système veineux est rempli par un sang très-épais, noir, et ne rougissant pas à l'air; les artères sont vides.

Les cadavres des cholériques se réchauffent un peu sept à huit heures après la mort. A ce moment, on observe quelquefois des contractions musculaires.

L'altération du sang consiste dans une diminution du sérum, de la fibrine et de l'albumine, et une augmentation des principes colorants. Suivant certains observateurs, les globules seraient altérés ; suivant d'autres, ils resteraient à l'état normal. Les *évacuations* sont composées par un liquide albumineux analogue au sérum du sang; la muqueuse gastro-intestinale présente une vascularité excessive, avec des ecchymoses et des points ramollis; les plaques de Peyer sont saines, et il n'y a ni ulcération ni gangrène; les follicules de Brunner sont *habituellement* développés, d'où le nom de *psorentérie* donné par les organiciens au choléra.

Les autres organes présentent des signes de congestion veineuse, ou, quand la mort arrive après la réaction, des signes d'inflammation.

Etiologie. — Le choléra est une maladie contagieuse et épidémique. Elle ne semble pas inoculable. L'histoire des dernières épidémies démontre qu'elle est toujours importée, et que les évacuations cholériques constituent l'agent le plus actif de la transmission de la maladie. La question de savoir si le choléra se propage par les marchandises venues des pays infectés est encore douteuse.

Des localités, situées à 500 mètres d'autres localités infectées, ont été préservées quand elles se sont tenues parfaitement isolées. Je possède des exemples où la durée de l'incubation a été au-dessous de vingt-quatre heures; mais nous ignorons encore quel est le temps le plus long au bout duquel le choléra peut se déclarer. Les quarantaines fixées à cinq et huit jours nous paraissent trop courtes.

Le choléra sévit de préférence et est plus grave dans la *première enfance*, puis dans la vieillesse et à l'âge adulte; la seconde enfance est l'âge qui fournit le moins de mortalité. Les climats sont indifférents, et cette maladie se propage de Calcutta à Archangèle. En France, elle se développe plus facilement au printemps, en été et en automne. Mais à Moscou elle a sévi avec rigueur pendant l'hiver de 1830.

Les *pays* situés sur le bord des fleuves et de la mer sont plus favorables à son développement; cependant il a envahi le Népaul et le Thibet, qui sont à une grande altitude. La *race* nègre et jaune, la race israélite sont plus disposées à la maladie. Les pauvres, les ivrognes, les personnes qui font des excès sont les premières victimes dans les épidémies.

Certains pays sont plus difficilement envahis, quelques-uns sont restés indemnes jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas encore d'explication satisfaisante de ce fait.

Les *ouvriers en cuivre* et les vidangeurs sont, dit-on, préservés.

Il y a encore des circonstances inconnues qui font qu'une épidémie est forte ou faible ; qu'elle se développe ou qu'elle avorte. Une première invasion est toujours beaucoup plus meurtrière. Quand il y a plusieurs invasions à courtes échéances, elles sont habituellement de moins en moins graves. Les excès de toute sorte, les refroidissements, les émotions tristes, toutes les causes de diarrhée et d'indigestion, peuvent être l'occasion du développement de la maladie.

Traitement. — La *prophylaxie* du choléra a préoccupé tous les médecins; elle consiste d'abord et principalement à éviter avec soin les causes occasionnelles, et à traiter avec la plus grande sévérité les plus petites diar-

rhées qui, comme *accident commun*, peuvent servir de point de départ à la maladie. On a beaucoup exagéré cette prophylaxie tirée de la guérison de la *diarrhée prémonitoire;* il faut que le médecin sache bien qu'on n'arrête pas plus l'évolution du choléra que de la variole, et que lorsque la diarrhée est réellement le premier symptôme du choléra, on ne l'arrête pas. Seulement on se met dans la meilleure condition possible en traitant la maladie à son début.

Les homœopathes se louent de faire prendre comme préservatif une dose, chaque jour ou chaque deux jours, de *veratrum, cuprum* et *arsenicum* alternés, à une basse dilution, la 3e et la 6e. L'usage de porter une plaque de cuivre sur la peau a été aussi recommandé.

Traitement curatif. — *Forme bénigne.* Trois médicaments correspondent à cette forme : *ipeca, phosphori acidum* et *croton tiglium. Ipeca* est indiqué par la prédominance des vomissements; *phosphori acidum* par la diarrhée de plus en plus pâle et riziforme; *croton tiglium* par la diarrhée bilieuse avec coliques.

Forme commune. La diarrhée prémonitoire demande *phosphori acidum* ou *croton tiglium.*

Période algide. Camphora, veratrum, cuprum, arsenicum et *carbo vegetabilis.*

Les trois premiers médicaments correspondent à la période algide entièrement développée. *Veratrum* est indiqué spécialement par des évacuations très-abondantes et l'algidité prononcée; *cuprum* sera préféré quand les évacuations seront difficiles et douloureuses, et quand les crampes seront prédominantes. *Arsenicum* est demandé par un état analogue à *veratrum*, mais en plus : jactitation, angoisse, crainte de la mort, sensation de

brûlure intérieure, pouls complétement supprimé.

Camphora convient tout à fait au début de la période algide, quand la chute des forces et l'algidité s'établissent de prime abord, et que les évacuations sont encore peu nombreuses. Il se donne à l'état d'esprit de camphre. Quelques gouttes sur du sucre et non dans de l'eau.

Carbo vegetabilis, au contraire, convient à une période très-avancée, quand les malades sont tombés dans le collapsus, que l'asphyxie est déjà très-avancée et que le pouls manque complétement.

Période de réaction. — *Aconitum, belladona, opium, mercurius, pulsatilla,* sont indiqués suivant que les inflammations et les congestions viscérales envahissent le cerveau ou les intestins.

Forme ataxique. Période algide. Les mêmes médicaments que dans la forme précédente; seulement *camphora* est bien plus souvent indiqué que les autres médicaments.

Période de réaction. Elle est très-difficile à traiter; indépendamment des médicaments signalés dans la forme précédente, nous signalerons le *lachesis* et le *secale cornutum*, qui conviennent dans les inflammations viscérales avec froid extérieur.

Lachesis est préférablement indiqué par l'inégalité de la réaction, par la tendance aux syncopes et par l'inflammation cérébrale, enfin par un mélange de coma et d'asphyxie. — *Secale cornutum* est indiqué par la continuation de la diarrhée riziforme après la cessation des vomissements, et par le retour de l'algidité.

Forme foudroyante. Les mêmes médicaments que dans la forme précédente, et en plus *acidum hydrocia-*

nicum, quand les malades sont sidérés; tous ces médicaments échouent habituellement par le défaut d'absorption stomacale. L'inhalation ne m'a pas réussi, l'absorption pulmonaire faisant également défaut; peut-être que l'injection des médicaments par la méthode *hypodermique* donnerait de meilleurs résultats.

Aconitum a été préconisé dans ces derniers temps comme un spécifique du choléra (Cramoisy). La pathogénésie de ce médicament correspond assez à l'ensemble des symptômes pour qu'on soit fondé à l'essayer.

Les doses généralement employées par les médecins homœopathes sont les basses dilutions (de la 3e à la 1re), en goutte ou en trituration. Je me suis servi avec avantage de la 6e en globules, pour le *veratrum*. *Aconitum* a été prescrit en teinture à la dose d'un gramme pour 200 grammes d'eau; *carbo vegetabilis*, de la 12e à la 30e dilution. Il faut répéter les doses toutes les heures et même tous les quarts d'heure.

Régimes et soins hygiéniques. — Réchauffer le malade par l'accumulation de la chaleur extérieure; frictionner les membres pour diminuer les crampes. — Boissons très-froides ou très-chaudes, suivant la disposition des malades. Pendant la réaction, du bouillon avec parcimonie, et une grande sévérité de régime pendant la convalescence.

PESTE.

C'est elle qui a donné son nom à la classe des maladies que nous décrivons; elle est originaire d'Égypte et est

caractérisée par la tendance à la formation de gangrènes disséminées, connues sous le nom de *bubons*.

Elle présente trois formes : *bénigne, commune* et *foudroyante*.

Forme commune. — Une faiblesse extrême avec frissonnement, anxiété, crainte de la mort et vomissements bilieux indique le début de la maladie; un mouvement fébrile intense avec chaleur brûlante s'établit définitivement; l'agitation et l'anxiété augmentent; les malades sont pris de *subdelirium*; des taches de purpura apparaissent aux membres inférieurs et précèdent de très-peu l'apparition des bubons, dont le siége classique est dans l'aine. Presque aussi fréquemment ils se localisent dans le creux axillaire ou au cou; plus rarement sous le jarret.

Quand la maladie doit se terminer par la mort, le mouvement fébrile augmente; le pouls devient plus petit et plus fréquent; la faiblesse extrême; il y a des syncopes; les bubons se gangrènent; les malades tombent dans le coma et meurent rapidement, au plutôt après vingt-quatre heures; souvent après trois ou quatre jours de maladie.

Quand la maladie se termine par la guérison, le mouvement fébrile diminue, le sommeil reparaît et les bubons suppurent lentement. Les malades guérissent dans l'espace d'un à deux septénaires.

Forme bénigne. — Des cas très-nombreux de cette forme ont été cités dans presque toutes les épidémies. La variété la plus fréquente de la forme bénigne est caractérisée par la prédominance de phénomènes locaux : des pétéchies, des plaques gangréneuses de la peau, des anthrax, des bubons. Le mouvement fébrile ne prend une certaine intensité que pendant la suppuration des

bubons. Cette variété se prolonge au delà d'un septénaire.

Dans une variété plus légère encore, les malades ne présentent ni symptômes généraux, ni bubons, mais simplement quelques plaques gangréneuses à la peau. Dans ces cas la maladie ne dure que quelques jours.

Forme foudroyante. — Caractérisée par la prédominance des symptômes généraux et par une marche très-rapide. Le mouvement fébrile est très-intense, la prostration considérable, le collapsus rapide, et les malades succombent en quelques heures sans avoir présenté de symptômes locaux. Quand la maladie se prolonge jusqu'au second jour, il y a un commencement de bubons.

La *convalescence* de la peste est longue et difficile; il n'y a pas de *récidive*.

La peste est originaire d'Égypte, d'où elle se répand sur les autres pays. La race nègre y est surtout disposée. Elle n'est pas inoculable, mais communicable sans contact immédiat. Le terme extrême de l'incubation est de huit jours.

Traitement. — Nous manquons complétement d'expériences cliniques; l'ensemble des symptômes indique *arsenicum, lachesis, carbo vegetabilis* et *china*.

TYPHUS FEVER.

Le typhus est une maladie pestilentielle caractérisée par des accidents cérébraux : stupeur, délire, coma, convulsions; par une éruption morbiliforme; par une durée de deux à trois septénaires.

Cette maladie est propre aux races du Nord et en particulier à la race irlandaise, mais elle peut se propager par contagion aux autres races. Elle présente à étudier trois formes.

Forme commune. — Les nombreuses épidémies de *typhus fever*, en Irlande surtout, son foyer d'élection, ont permis de préciser les habitudes du processus morbide.

L'incubation de la maladie a une durée qui n'est jamais moindre de huit jours. L'invasion est annoncée pendant huit à douze jours par des prodromes, tels que la courbature, la céphalalgie, l'insomnie; le tintement d'oreille serait, d'après Chauffard, un phénomène constant. A ces premiers symptômes viennent s'adjoindre, dans la période d'augment, de nouveaux désordres. Dès le deuxième jour, il s'établit un mouvement fébrile qui débute par le frisson et se maintient dans les limites de 100 à 120 pulsations. Vers le quatrième, cinquième, sixième jour, se déclare, sur le tronc et le ventre surtout, une éruption morbiliforme à larges plaques avec un fond ecchymotique. Ces plaques, qui peuvent être confluentes sur le corps, ont quelquefois fait prendre la maladie pour une rougeole maligne. En même temps, le facies est vultueux, le malade est livré à la somnolence, sans goûter de sommeil: il y a tout à la fois prostration et stupeur. Les vomissements bilieux, indolores, sans induit lingual, qui se produisent à cette période sont rattachés au désordre encéphalique par Graves, qui appelle ce vomissement *cérébral*. — Dans un deuxième septénaire, les phénomènes cérébraux, déjà saillants dans les périodes précédentes, s'accentuent avec une prédominance évidente. Le délire est constant, agité, furieux, avec privation absolue de sommeil. A mesure que s'aggrave l'état du malade, le pouls faiblit, devient inégal; la respiration revêt le carac-

tère *cérébral*, c'est-à-dire qu'elle devient très-accélérée, inégale et suspirieuse. Les autres phénomènes du côté du thorax sont peu significatifs et non constants. L'inertie intestinale se traduit par la tympanite et par des selles involontaires; enfin, au terme de la lutte, l'affaiblissement du pouls, le coma, la dyspnée, le refroidissement, annoncent et amènent la mort.

Lorsque la maladie conclut à une terminaison heureuse, le premier signe de salut est le retour du sommeil, ne fût-ce que pour une heure; c'est l'indice d'une détente; le délire tombe; la langue, noire et sèche, s'humecte. Alors commence une convalescence longue, difficile, semée de dangers spéciaux; ce sont des parotidites, des hémorrhagies, des érysipèles, des phlegmasies viscérales; c'est encore la rechute possible par la reprise des troubles cérébraux ou intestinaux; parfois même on a vu une syncope brusque interrompre la convalescence et la vie.

Forme gangréneuse, forme nerveuse. — A côté de la forme commune, le typhus présente encore une forme gangréneuse avec tendance aux hémorrhagies multiples et une forme nerveuse remarquable par la lenteur rélative de l'évolution morbide et par l'intensité des troubles de l'innervation. Vers la fin du deuxième septénaire de cette dernière forme, le délire, loin de cesser, devient constant et s'accompagne de roideur tétanique et d'un état cataleptique : cette forme est particulièrement grave dans une maladie qui est déjà très-meurtrière. Un caractère très-important, c'est que le mouvement fébrile manque complétement pendant presque toute la durée de cette forme.

Anatomie pathologique. — Toutes les lésions du typhus sont des congestions : congestions du cerveau, de la pie-

mère, de l'intestin, du poumon, de la rate, du foie. Les plaques de Peyer et les ganglions mésentériques ne présentent à aucun degré les lésions caractéristiques qui altèrent ces organes dans la fièvre typhoïde.

Étiologie. — Le typhus présente à un haut degré les caractères d'épidémicité et de contagiosité. Il est originaire de l'Irlande et de l'Écosse; l'aptitude à le produire semble même appartenir à la race de ces contrées aussi bien qu'au sol. Les causes occasionnelles sont l'encombrement et les privations : aussi est-ce la maladie des camps, des villes assiégées, et en 1847 elle accompagna fidèlement la famine qui désola l'Irlande.

Quelques médecins confondent encore le typhus et la fièvre typhoïde. Voici les raisons qui nous portent à séparer radicalement ces deux maladies :

Le typhus est une maladie pestilentielle, il en a tous les caractères.

1° Il a un lieu de naissance, comme la peste, le choléra et la fièvre jaune; son lieu d'origine est l'Irlande, où il se développe spontanément; de là les Irlandais l'*importent* par contagion en Angletterre et en Amérique. En Crimée, notre armée n'a eu de typhus qu'à partir du moment où elle a été en contact avec les soldats anglais, c'est-à-dire avec des Irlandais (Dr Cazalas, *Affections typhiques dans les armées d'Orient*).

D'autres races du nord de l'Europe semblent aussi disposées au typhus, mais aucune ne présente ce caractère au même degré que les Irlandais.

2° *caractère, mortalité effrayante*. En Irlande, la mortalité n'est jamais moins d'un tiers; elle est souvent de moitié. A Gaëte, elle a été des deux tiers. Enfin, au siége de Mayence, il est mort 25,000 sur une garnison de 60,000 hommes.

3e *caractère, contagion.* Le typhus est contagieux à la manière des maladies pestilentielles, c'est-à-dire qu'il lui faut un milieu convenablement disposé pour qu'il éclate dans toute sa force; autrement il végète, il languit et s'éteint tout à fait, comme on a pu le voir en France au retour de Crimée.

4e *caractère.* Le *mouvement fébrile* ne fait pas partie nécessaire du processus morbide; la forme nerveuse marche absolument sans fièvre pendant douze ou quinze jours.

Le typhus est donc une maladie pestilentielle; il s'accompagne d'une éruption morbiliforme; ses lésions sont essentiellement des congestions multiples. Une des formes les plus graves se développe sans mouvement fébrile.

La fièvre typhoïde est le type des maladies fébriles, son éruption est constituée par de petites papules qu'il faut souvent rechercher avec soin, tandis que les taches du typhus recouvrent une grande étendue. La fièvre typhoïde est contagieuse dans de très-étroites limites, tandis que le typhus est très-contagieux. Enfin les lésions de la fièvre typhoïde sont presque toutes inflammatoires : inflammation de la pie-mère et de la substance grise; encéphalite circonscrite; bronchite avec engouement et noyaux d'hépatisation; ulcération et inflammation de la muqueuse digestive; inflammation et quelquefois suppuration des ganglions mésentériques, etc., etc.

Traitement. — Trois médicaments principaux sont indiqués dans le traitement du typhus : *aconitum, belladona* et *opium.*

Aconitum convient au début et avant l'apparition de l'exanthème. Plus tard on aura recours à *opium* ou à *belladona. Opium* est indiqué par un délire furieux avec insomnie et pupille rétrécie; *belladona* au contraire con-

vient quand les pupilles sont dilatées. La forme gangréneuse fait surgir les indications d'*arsenicum, lachesis* et *china*. La forme nerveuse demandera plus particulièrement *valeriana, lachesis* et *phosphorus*. L'opium à hautes dose a rendu de véritables services dans le traitement de cette maladie. Nous renvoyons au traitement de la fièvre typhoïde pour les indications des affusions froides et du régime.

SUETTE.

Maladie de la classe des pestilentielles endémiques, caractérisée par des sueurs profuses et par des éruptions diverses.

Cette maladie, qui a toujours une apparence de bénignité, même dans les cas les plus graves, mérite bien le nom d'*érythème perfide* qui lui a été donné. Dans certaines années elle cause une grande mortalité dans plusieurs localités de notre pays. Elle offre trois formes à étudier : *forme bénigne, commune* et *maligne*.

Forme commune. — Les *prodromes* consistent dans du malaise et une tendance à la sueur; mais ils manquent le plus souvent, et la maladie débute subitement au milieu de la nuit. Les malades s'éveillent en sueur et avec un léger mouvement fébrile, qui persiste, avec des sueurs abondantes jusqu'à la période suivante. Le gonflement des mains, qui survient dès le second jour, est un bon signe diagnostic.

Du troisième au quatrième jour, les symptômes s'aggravent; le mouvement fébrile et les sueurs augmentent;

il survient de l'anxiété, une barre épigastrique, un état lipothymique; puis l'*éruption* apparaît, suivie d'une amélioration évidente.

Cette éruption, qui commence habituellement au cou et à la partie supérieure de la poitrine, s'accompagne de cuissons et de fourmillement; elle consiste souvent dans un fond érythémateux, avec formation de vésicules ou de *vésico-pustules;* d'autres fois des *sudamina,* sans rougeur à la peau; puis des granulations rouges ou *miliaires,* exactement disposées comme les plis de la peau et formées par une hyperémie des aspérités naturelles du derme.

Cette période, qui se prolonge quelquefois pendant deux septénaires, se compose de plusieurs éruptions successives, précédées chaque fois d'une aggravation qui met la vie des malades en danger.

La fièvre tombe, les sueurs cessent, les vésicules se sèchent, puis la *desquamation* se fait par grandes plaques comme dans la scarlatine. Souvent il survient des abcès et des furoncles pendant la convalescence.

La terminaison par la *mort* est annoncée par la cessation des sueurs; les éruptions se flétrissent, le visage pâlit et prend une expression de tristesse; les malades sont en proie à l'inquiétude et à des prévisions fâcheuses; les forces tombent; l'oppression augmente; il y a une anxiété précordiale énorme; les vomissements surviennent; le délire s'établit, et les malades succombent dans une asphyxie comateuse.

La convalescence est longue; mais il n'y a pas de récidives.

Forme bénigne. — Mouvement fébrile intense, avec sueurs profuses; éruption très-forte survenant le troisième jour; bon état des forces, du moral et du facies; ni

oppression, ni anxiété, ni barre épigastrique. Guérison souvent dès le quatrième jour, plus souvent le septième.

Forme maligne. — Cette forme débute avec une apparente bénignité; c'est une simple indisposition, remplacée tout à coup par une agonie, et la mort au bout de quelques heures.

Le mouvement fébrile et les sueurs de la première période sont à peine marqués; cependant on observe : agitation, anxiété, intermittence du pouls, tendance à la lipothymie; puis, en regardant bien, teinte légèrement livide de la face et des lèvres; au bout de quelques heures de cet état, au plus tard pendant le début de l'éruption : nausées, quelquefois vomissements et évacuations alvines involontaires; prostration profonde; pâleur cadavérique; subdélirium, coma; dyspnée croissante, râle trachéal et mort..... Une à quatre heures suffisent souvent à l'évolution complète de la maladie et à sa terminaison par la mort.

Si l'éruption se fait au milieu de cette agonie, elle amène quelquefois une rémission qui prolonge la vie des malades jusqu'au quatrième jour, et qui, dans des cas tout à fait exceptionnels, peut être le principe de la guérison.

Forme intermittente. — Quelques auteurs ont admis une forme intermittente. Les aggravations et les rémissions produites par des éruptions successives, les symptômes si *pernicieux* de la forme maligne, peuvent prêter à l'illusion. Toujours est-il qu'à Poitiers, ces cas ont été entièrement rebelles aux plus fortes doses de sulfate de quinine.

Maintenant la suette peut s'unir à la fièvre intermittente, comme elle s'unit à la fièvre typhoïde et au cho-

léra. Ces cas, fort difficiles à déterminer, expliqueraient les quelques succès obtenus par le sulfate de quinine dans certains pays.

Les *lésions* observées consistent dans la liquéfaction du sang et dans la congestion de la plupart des viscères.

La suette est propre à certaines localités : la Picardie, le Poitou, l'Angoumois et quelques parties du Languedoc ; jamais elle ne se propage dans les autres pays. Les médecins modernes nient sa contagion ; elle sévit principalement de 20 à 40 ans ; elle atteint un plus grand nombre de femmes ; la grossesse et l'état puerpéral prédisposent à la maladie. A Poitiers, elle frappe surtout les classes riches. Les émotions déprimantes, les excès concourent au développement de la maladie.

Traitement. — *Forme commune. Aconitum, mercurius* et *arsenicum. Aconitum* au début contre le mouvement fébrile intense, avec rougeur de la face ; mais ce médicament doit être promptement remplacé par *mercurius*, indiqué par les sueurs profuses, qui ne soulagent pas, éruptions miliaires diverses, anxiété, faiblesse. *Arsenicum* remplace *mercurius* quand les malades sont dans une agitation excessive, avec peur de la mort et barre épigastrique.

Forme maligne. Arsenicum, indiqué précédemment, et *carbo vegetabilis*, si *arsenicum* fait défaut.

Enfin, si on parvenait à reconnaître une véritable complication avec la fièvre intermittente, il ne faudrait pas hésiter à prescrire le sulfate de quinine à haute dose.

FIÈVRE JAUNE.

C'est une pestilentielle endémique, c'est-à-dire qu'elle se développe exclusivement dans certains pays et que fût-elle importée dans d'autres contrées, sa propagation y est très-restreinte et qu'elle s'éteint rapidement. Autrefois, la fièvre jaune régnait seulement dans le golfe du Mexique et à la côte d'Afrique; aujourd'hui elle s'étend depuis Rio-Janeiro jusqu'à Philadelphie; elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense et par des hémorrhagies multiples. La plus fréquente est une hématémèse, qui a mérité à la maladie le nom de *vomito negro*. Cette maladie sévit surtout sur les étrangers; les gens du pays, les acclimatés sont presque complétement indemnes; la race noire est exempte de la fièvre jaune. Cette maladie ne sévit jamais en hiver ; importée plusieurs fois en Europe, elle a pris un certain développement à Cadix et à Lisbonne; cependant elle n'a jamais pu s'y naturaliser. En France, elle a été encore plus rapidement éteinte. Elle est ordinairement contagieuse, non-seulement par les malades, mais encore par les marchandises et par l'air empoisonné dans la cale des navires qui arrivent des pays infectés; aussi les quarantaines doivent être maintenues sévèrement.

Cette maladie présente une *forme bénigne*, une *forme ataxique* et une *forme foudroyante*. Nous ne les décrivons pas parce que nous n'avons presque jamais l'occasion d'observer cette maladie en Europe.

CLASSE INTERMÉDIAIRE.

Nous réunissons dans cette classe cinq maladies : l'*érysipèle*, la *diphthérie*, la *dysentérie*, la *grippe* et les *oreillons*. Elles ont pour caractère une localisation fixe, comme les phlegmasies, un mouvement fébrile, hors de proportion avec l'affection locale, comme les fièvres; comme les maladies pestilentielles, elles sont contagieuses, épidémiques, et, à l'exception des oreillons, éminemment malignes et meurtrières.

ÉRYSIPÈLE.

L'érysipèle est une maladie contagieuse, souvent épidémique, caractérisée par une inflammation de la peau à marche progressive.

L'inflammation érysipélateuse de la peau est une affection commune à plusieurs maladies : à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives, à la pneumonie, mais principalement à la diathèse purulente ; elle entre comme élément dans l'histoire du phlegmon diffus. Le caractère qui distingue radicalement l'inflammation érysipélateuse symptomatique, est sa tendance à la terminaison par suppuration. L'érysipèle des nouveau-nés, c'est-à-dire celui qui survient pendant le premier mois, est presque toujours une affection de la diathèse purulente, et c'est pour cette raison qu'il présente une gravité si considérable.

L'érysipèle présente trois formes : *forme bénigne, forme commune, forme maligne* ou *érysipèle ambulant.*

Forme commune. — C'est l'érysipèle fixe, l'érysipèle de la face. Il débute par un mouvement fébrile violent, précédé d'un frisson et accompagné de vomissements bilieux; en même temps on trouve sous les mâchoires un engorgement ganglionnaire, et à la face, habituellement sur les côtés du nez, une tache rouge et saillante. L'engorgement ganglionnaire précède la tache rouge et permet de l'annoncer.

Le lendemain la fièvre continue. Le pouls est fort, très-fréquent, de 120 à 140; la chaleur élevée; la soif vive.

Les vomissements persistent souvent les deux ou trois premiers jours; la langue est blanche, rouge à la pointe; les urines très-sédimenteuses; la constipation habituelle, la tache érysipélateuse a beaucoup augmenté.

Ces symptômes se maintiennent jusqu'au quatrième jour; alors l'érysipèle a envahi une partie de la face et présente les caractères suivants : rougeur éclatante et lisse; tuméfaction exactement limitée par un rebord sensible au toucher et à la vue; dureté de la peau malade; petites granulations dues à l'hypertrophie des papilles du derme; douleurs brûlantes; vésicules et quelquefois bulles énormes; œdème du tissu cellulaire, d'où tuméfaction transparente et occlusion des paupières. A mesure que l'érysipèle atteint de nouvelles régions, les parties primitivement affectées se guérissent.

Souvent il survient une rémission marquée le matin du quatrième jour; mais le soir, le frisson ou un sentiment de froid apparaît; il y a augmentation du mouvement fébrile et l'érysipèle reprend sa marche envahissante. De rémission en exacerbation, la maladie atteint habituellement le milieu ou la fin du second septénaire, quelque-

fois même du troisième septénaire. Dans sa marche envahissante, l'érysipèle atteint plus tôt ou plus tard le *cuir chevelu*. Cette période est annoncée par la tuméfaction et la douleur du cuir chevelu, mais sans rougeur appréciable. C'est à ce moment que l'assoupissement et un délire habituellement furieux s'emparent des malades. Ce dernier symptôme n'est pas constant. De la face, l'érysipèle envahit les oreilles qu'il tuméfie horriblement; la nuque, le cou; et quelquefois, quand la maladie se prolonge, il reprend des parties de la face qui ont déjà été malades. Le gonflement des ganglions correspondants aux régions envahies est un fait constant.

L'inflammation érysipélateuse peut gagner la muqueuse du pharynx par les fosses nasales; plus rarement elle debute dans le pharynx pour arriver à la peau. Cette angine érysipélateuse présente une rougeur éclatante, accompagnée de douleurs brûlantes.

Terminaison par la guérison. C'est la terminaison presque constante. Elle est annoncée par la décroissance, puis la chute du mouvement fébrile, l'arrêt de l'érysipèle et sa desquamation. La chute des cheveux, des blépharites, des furoncles, et souvent des abcès, constituent les accidents consécutifs de cette maladie.

La *mort* arrive par une métastase sur les méninges; métastase occasionnée par un traitement perturbateur.

Variétés. 1° *Érysipèle du cuir chevelu.* Quand la maladie débute par le cuir chevelu, et reste bornée à cette région, elle est quelquefois difficile à reconnaître. Cependant l'engorgement des ganglions du cou, la tuméfaction douloureuse de la peau du crâne, les caractères du mouvement fébrile, fixeront le diagnostic.

2° *Erysipèle des membres.* Jamais il n'existe de symptômes cérébraux; l'érysipèle est toujours annoncé par

le gonflement des ganglions, auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie de peau enflammée.

Forme bénigne. — Caractérisée par le peu d'intensité du mouvement fébrile et par une durée de 4 à 7 jours. L'érysipèle reste borné souvent à une partie de la face. Il ne faut pas confondre cette forme avec l'inflammation érysipélateuse des dartreux et qui accompagne si souvent l'eczéma des oreilles chez les femmes à l'âge de retour.

Forme maligne. — Elle correspond aux formes malignes des fièvres éruptives. Elle est caractérisée par l'ataxie ou le désaccord des symptômes; par la chute des forces; par la mobilité et la multiplicité de l'affection érysipélateuse; par la contagion facile; par une extrême gravité.

L'expression d'*érysipèle ambulant* convient moins parce que l'érysipèle peut être *fixe* sans cesser d'être malin.

Prodromes. Du malaise, le sentiment d'une grande fatigue précèdent de quelques jours cette forme, qui débute par un frisson violent avec claquement de dents; ce frisson est suivi d'une chaleur brûlante. Le mouvement fébrile s'accompagne d'anxiété, d'agitation et de symptômes cérébraux, coma et délire, même quand l'érysipèle ne siége pas à la face. Souvent l'affection cutanée n'apparaît qu'après deux ou trois jours de fièvre.

Le mouvement fébrile, l'anxiété, la prostration, vont en s'aggravant, en même temps que l'érysipèle s'étend. Comme dans la forme commune, la maladie présente des rémissions le quatrième et le septième jour; mais les exacerbations vont sans cesse en augmentant, et les symptômes généraux s'aggravent chaque jour; sans toutefois, le plus souvent, que le mouvement fébrile prenne plus

d'intensité. Le pouls dépasse rarement 100 à 112 pulsations, et la peau n'atteint pas cette chaleur exagérée qui est d'un si mauvais pronostic dans les maladies aiguës. L'érysipèle est d'un rouge intense, recouvert de bulles énormes; au lieu de se propager par continuité, il s'avance par plaques isolées, par îlots, qui s'agrandissent et se réunissent à l'érysipèle primitif.

Quand la maladie doit se terminer par la mort, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, la prostration augmente; les malades sont en proie à un délire tranquille et continu, avec grincement des dents, carphologie, difficulté de la parole et de la déglutition, incontinence d'urine; la langue est sèche et noirâtre; il se fait des hémorrhagies; des pétéchies apparaissent; de petits érysipèles se forment sur des points éloignés; le mouvement fébrile est peu intense, la peau presque naturelle; puis l'érysipèle pâlit; le pouls s'en va tout à fait; la peau se refroidit, et les malades succombent dans une sorte d'asphyxie lente.

Quand l'érysipèle malin doit se terminer par la *guérison*, le délire cesse; la langue s'humecte; l'érysipèle ne fait plus de progrès; le sommeil et l'appétit reviennent et le mouvement fébrile cesse tout à fait.

Etiologie. — L'érysipèle survient souvent par *épidémie*. Il est *contagieux*, au moins dans la forme maligne. C'est surtout au *printemps* et à l'*automne* qu'on observe cette maladie. Les *femmes* y sont plus sujettes que les hommes. Les plaies, les irritations de la peau, les indigestions et les émotions morales sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Traitement. — Sept médicaments principaux correspondent à la *forme commune*. *Belladona* est le plus sou-

vent indiquée. Ce médicament répond à l'inflammation érysipélateuse avec gonflement des ganglions, au mouvement fébrile, aux vomissements et à la constipation, aux symptômes cérébraux. *Rhus toxicodendron* est indiqué par des vésicules nombreuses. Je me suis bien trouvé d'alterner ces deux médicaments; je prescris quelques gouttes de la 3e dilution. *Hepar sulfuris* est indiqué par des douleurs d'excoriation; mais surtout par un gonflement plus considérable. *Mercurius* est plus convenable avec l'ensemble des symptômes suivants : stomatite avec salivation; mouvement fébrile avec sueur; érysipèle accompagné de prurit et de vésicules comme dans l'eczéma. *Cantharis* est demandé par érysipèle avec bulles énormes, douleur brûlante, fièvre avec prédominance de froid; *Euphorbium* par angioleucite, traînées érysipélateuses.

Le *graphite* convient surtout dans la forme bénigne, quand il y a peu ou point de fièvre.

Forme maligne. Aconitum, lachesis et *arsenicum* sont les trois médicaments principaux, *aconitum* au début. Contre le mouvement fébrile si intense de cette période, l'expérience clinique semble donner la préférence à la teinture, 1 à 2 grammes pour 200 grammes d'eau.

Lachesis convient à la période d'état et est indiqué par les symptômes généraux graves avec mouvement fébrile peu insense et *tendance au refroidissement;* il correspond parfaitement au tableau que nous avons donné de la forme maligne.

Arsenic sera préféré si la peau est brûlante et qu'il y ait une grande agitation. *Carbo vegetabilis* si le pouls est absent et l'asphyxie commençante.

Rhus, pulsatilla et *belladona* m'ont constamment fait défaut dans la forme maligne. L'application du collodion

a produit de bons résultats entre les mains du Dr Robert de la Tour. Nous n'avons pas eu à nous en louer dans la forme maligne, peut-être l'avons-nous appliqué trop tard.

DIPHTHÉRIE.

C'est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par une inflammation pseudo-membraneuse. Cette inflammation siége le plus souvent sur la membrane muqueuse respiratoire; mais elle s'étend fréquemment aux autres muqueuses et à la peau.

Cette maladie comprend et l'*angine couenneuse* et le *croup*. Elle s'offre à l'observation sous quatre formes distinctes : *forme commune, forme bénigne, forme putride* et *forme ataxique*. Ces deux dernières correspondent aux *formes malignes* des auteurs.

Forme commune. — Elle est caractérisée par la succession de deux périodes : *période angineuse* et *période croupale*.

Période angineuse. Elle est ou non précédée de prodromes. Elle débute par un mouvement fébrile peu intense, et par un mal de gorge avec gonflement des ganglions sous-maxillaires.

L'angine se développe rapidement; elle présente la succession des symptômes suivants : rougeur générale du pharynx, tuméfaction d'*une seule* amygdale, sur laquelle apparaît une tache blanchâtre bien circonscrite. Cette tache, formée d'abord d'un mucus demi-transparent, puis d'une fausse membrane peu adhérente, constitue au bout de *quelques heures* une plaque saillante,

convexe, et fortement adhérente. Cette fausse membrane s'agrandit rapidement, elle envahit la luette de son côté; puis, se propageant comme l'érysipèle malin par des îlots et des traînées, elle envahit l'autre amygdale, préalablement tuméfiée; et, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, elle occupe l'isthme du gosier dans sa totalité. Cette évolution est d'autant plus rapide que les enfants sont plus jeunes.

Le gonflement ganglionnaire est considérable et en proportion du développement de la fausse membrane.

Enfin, le mouvement fébrile diminue à mesure que la lésion locale augmente : autre point de ressemblance avec l'érysipèle malin.

Les jours suivants, la fausse membrane s'épaissit; elle se colore diversement, en jaune, brun ou noir, et simule la gangrène.

2e *période* ou *croupale*. Caractérisée par l'extension de la fausse membrane au larynx, cette période s'annonce par une toux sèche et de l'enrouement. La toux et la voix deviennent *rauques* et *sourdes;* et de plus en plus sourde à mesure que l'affection fait des progrès. La gêne de la respiration apparaît ensuite, et le *sifflement laryngo-trachéal* s'établit. C'est un bruit qui imite assez bien celui de la *scie à pierre*. Il est plus fort dans l'inspiration, parce que les lèvres de la glotte se rapprochent et diminuent l'espace resté libre.

La toux s'éloigne et s'éteint, la voix disparaît, les *accès de suffocation* commencent. Ce sont d'abord des accès de dyspnée; ils reviennent toutes les trois ou quatre heures, et sont plus fréquents la nuit. Bientôt la dyspnée arrive jusqu'à la suffocation. Le malade s'assoit brusquement, la tête renversée en arrière, la bouche largement ouverte, les muscles inspirateurs contractés, la face rouge, l'anxiété extrême. Ces accès durent de deux à cinq minutes, et

sont suivis d'un calme relatif pendant lequel continue le sifflement laryngo-trachéal.

Quand la maladie doit se terminer par la mort, les accès se rapprochent, deviennent plus intenses ; bientôt ils sont continus avec exacerbation et rémission. L'état des malades devient alors réellement épouvantable; ils étranglent. Enfin, un coma mêlé d'asphyxie s'établit; la face devient pâle, bouffie, livide; l'anesthésie et le froid asphyxique dominent; il y a un calme relatif; les accès de suffocation disparaissent et la mort survient lentement. Plus rarement, les malades succombent dans un violent accès de suffocation. Souvent cette scène d'agonie ne marche pas d'une manière continue; l'expulsion d'une fausse membrane, ou un changement dans l'innervation des muscles respiratoires, rétablissent la respiration et donnent un mieux inespéré. Puis la fausse membrane se reforme, les muscles se contractent ou se paralysent de nouveau, et les accidents reparaissent.

Quand la trachéotomie a été pratiquée, la mort n'arrive point par suffocation dans la forme commune; mais par quelques complications de pneumonie, ou de bronchite pseudo-membraneuse.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, les accès de suffocation s'éloignent; la toux devient plus grasse, et une expectoration muqueuse, jaunâtre, contenant des débris de fausse membrane, s'établit.

Variétés. Croup d'emblée. La première période manque; la maladie débute par la toux et l'enrouement; la fièvre est peu intense; le gonflement des ganglions fait défaut; quelquefois la fausse membrane *remonte*, et n'apparaît dans le pharynx qu'à la fin de la maladie.

Forme bénigne. — La maladie reste incomplète et n'at-

teint pas le larynx; elle reste bornée à l'arrière-gorge, et quelquefois même aux gencives.

Trousseau a soutenu qu'une simple angine érythémateuse suffisait à caractériser une forme bénigne de la *diphthérie;* il fonde son opinion sur l'observation d'*angines érythémateuses* observées sur des personnes exposées à la contagion; angines érythémateuses qui à leur tour auraient développé l'angine couenneuse chez d'autres personnes.

Forme putride. — Elle est caractérisée par la prostration des forces, par la tendance aux hémorrhagies et à la gangrène, par la multiplicité des localisations diphthéritiques; c'est l'*angine gangréneuse* des anciens; l'*empoisonnement diphthéritique* des modernes.

Elle débute fréquemment par des vomissements, un mouvement fébrile modéré, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et une douleur de gorge qui passe souvent inaperçue.

Les amygdales se gonflent considérablement et se recouvrent de fausses membranes épaisses, jaunâtres et putrides; les ganglions se gonflent plus que dans toute autre forme. La diphthérie, souvent précédée d'épistaxis, envahit les fosses nasales. La prostration, une anorexie invincible, la pâleur et la bouffissure de la face se montrent dès les premiers jours.

La maladie arrivée à sa période d'état se caractérise par une prostration complète; une indifférence pour toute chose, un mouvement fébrile modéré, avec tendance au refroidissement; une angine intense avec des fausses membranes épaisses, grisâtres, noirâtres, ramollies, exhalant l'odeur de gangrène. Les ganglions et le tissu cellulaire énormément tuméfiés et indurés présentent une rougeur érysipélateuse; il existe un *jetage* avec

ulcération de la lèvre supérieure. C'est à ce moment que les localisations diphthéritiques se multiplient. Celle du larynx a cela de particulier qu'elle ne s'accompagne ni de toux ni d'accès de suffocation ; l'enrouement et la dyspnée sont, dans ce cas, les seuls signes du croup.

L'*ophthalmie diphthéritique* est caractérisée par un larmoiement corrosif, avec gonflement luisant des paupières ; la conjonctive rouge et saignante est recouverte d'une couenne épaisse; un mucus séro-purulent abondant remplit la gouttière oculo-palpébrale; un sillon rougeâtre, douloureux, couenneux, marque le trajet des larmes ; quelquefois la cornée est envahie et l'œil perforé. Cette localisation coïncide toujours avec le coryza et jamais avec la laryngite.

La *vulve* et le *prépuce* sont assez souvent envahis par la production couenneuse.

La peau, principalement derrière les oreilles, mais surtout la surface des vésicatoires sont des localisations habituelles dans la forme putride. La plaie devient douloureuse; elle laisse suinter une sérosité corrosive; une fausse membrane grisâtre envahit le centre de la plaie, tandis que les bords s'élèvent et rougissent. Cette fausse membrane se propage au moyen de l'inflammation résultant du contact avec la peau, de la sérosité qu'elle sécrète; la propagation s'avance par des îlots, des dentelures qui envahissent la peau voisine et forment de larges plaques ramollies et putrides.

A ces symptômes viennent se joindre des hémorrhagies, principalement des épistaxis, des ecchymoses et des pétéchies; des gangrènes de la gorge, de la vulve, de la peau; des éruptions très-diverses : rubéoliques, scarlatiniformes, miliaires, ortiées, des bulles de pemphygus.

Enfin, les malades, plongés dans une prostration com-

plète, indifférents à tout, pâles, bouffis, livides, refusent toute alimentation; avec un pouls faible, tremblant, souvent ralenti, se refroidissent graduellement et meurent par syncope ou par asphyxie lente.

La *guérison* s'annonce surtout par le désir de prendre des aliments, le retour des forces, le bon aspect des plaies et l'élimination des fausses membranes.

Variété. Il existe une variété de la *forme putride*, dans laquelle l'affection locale est tout à fait insignifiante, c'est une fausse membrane derrière les oreilles ou à la vulve, par exemple. Il n'y a pas d'angine, et les symptômes se développent comme dans les cas précédents, seulement avec une extrême lenteur, la maladie mettant souvent plusieurs septénaires à parcourir ses périodes; elle se termine presque constamment par la mort.

Forme ataxique. — Caractérisée par l'incohérence des symptômes, par une marche irrégulière et imprévue, par la prédominance des symptômes nerveux ; elle présente plusieurs variétés.

1° *Variété à marche très-rapide.* Elle débute par un léger mal de gorge avec quelques plaques blanches dans le pharynx. Les symptômes locaux, peu intenses, coïncident avec un mouvement fébrile considérable qui s'agrave de moment en moment; la diphthérie envahit les fosses nasales ; le délire éclate, et les malades succombent le troisième ou le quatrième jour. C'est ainsi que moururent Valleix et le fils de Blache.

2° *Variété spasmodique.* Cette variété revêt les allures de la forme commune ; seulement il y a toujours diphthérie des fosses nasales. Quand les fausses membranes ont envahi le larynx, le croup s'accompagne d'accès de suffocation violents, hors de proportion avec l'épaisseur et l'étendue des fausses membranes. Le spasme des

muscles de la glotte, puis leur paralysie, la paralysie du diaphragme, jouent ici un rôle important dans les accès de suffocation. C'est pourquoi cet accident persiste, malgré la trachéotomie et alors qu'il n'existe aucun obstacle laryngé au passage de l'air. Souvent la malignité de la maladie est annoncée par des paralysies prématurées soit du voile du palais, soit des paupières. La convalescence est troublée par des paralysies consécutives extrêmement graves et la mort subite n'est pas rare dans cette forme, soit pendant la maladie, soit pendant la convalescence.

Affections consécutives et complications. La *pneumonie*; l'*entérite*, chez les très-jeunes enfants; l'*érysipèle*, sont des complications très-graves et qui augmentent beaucoup les chances de mort. L'*albuminurie* est un symptôme concomitant et quelquefois une affection consécutive; elle est d'un fâcheux pronostic.

La *paralysie* est tantôt *limitée*, tantôt *généralisée*. Dans le premier cas, elle reste bornée au siége même de la fausse membrane, c'est-à-dire au pharynx ; elle produit le nasonnement; la chute et l'inertie du voile du palais ; la difficulté quelquefois considérable de la déglutition; elle peut amener la mort par le passage du bol alimentaire dans le larynx.

Paralysie généralisée. Elle débute comme la précédente, s'accompagne bientôt de faiblesse dans les jambes et d'une paraplégie progressive avec amaurose, paralysie de la vessie et du rectum; elle atteint fréquemment le diaphragme et détermine la mort par asphyxie.

Nous rappelons encore que dans le cours de la forme ataxique on observe des paralysies prématurées du diaphragme et des muscles de la glotte. Ces paralysies ont pour caractère d'être intermittentes et de produire des accès de suffocation souvent mortels.

Les paralysies diphthéritiques déterminent l'atrophie musculaire et la dégénérescence graisseuse.

Anatomie pathologique. On trouve les signes de la mort par asphyxie lente ou par asphyxie rapide. La fausse membrane, dont nous avons déjà décrit l'aspect physique, présente à l'examen microscopique de la fibrine amorphe ou finement striée. Cet exsudat renferme de nombreuses cellules de pus.

Étiologie. La diphthérie est excessivement contagieuse ; elle sévit souvent épidémiquement. Atteint-elle le même sujet plus d'une fois dans sa vie? Cette question n'est pas encore résolue. L'*âge* des malades a une influence sur la localisation laryngée ; le croup est plus commun chez les enfants, il est aussi plus grave à cause de la conformation de la glotte.

Le refroidissement est la cause occasionnelle la plus commune.

Traitement. Nous pourrions intituler ce paragraphe le *chapitre des illusions.* Ces illusions viennent des erreurs de diagnostic qui font confondre, par un grand nombre de médecins, l'*angine couenneuse* et l'*angine pultacée,* la *laryngite striduleuse* et le *croup.*

1re *période.* — *Angine couenneuse.* Nous avons six médicaments principaux: *belladona, mercurius, lachesis, baryta carbonica, bromum, bryonia;* tous correspondent à l'angine avec tuméfaction des ganglions.

Belladona est indiquée dès le début, avant la fausse membrane, par la sécheresse de la gorge et la douleur d'oreille.

Mercurius est indiqué par la fausse membrane déjà formée avec stomatite concomitante, salivation. *Baryta carbonica* dans le même cas, mais avec gonflement énorme des amygdales et des ganglions sous-maxillaires.

Lachesis. Angine avec fausse membrane ; sentiment

de sécheresse et de brûlures ; sentiment d'une peau dans la gorge. Quelques médecins préfèrent *apis* à *lachesis*.

Bromum et *bryonia* sont indiqués parce qu'expérimentalement ils produisent des fausses membranes dans la gorge.

Habituellement on se trouvera bien d'alterner *mercurius* et *baryta* ou *mercurius* et *bromum*. Les troisièmes dilutions ont donné plus de succès que les autres doses ; il faut rapprocher la prise des médicaments toutes les heures ; quelques médecins préfèrent *mercurius corrosivus* à *mercurius solubilis* (Love).

2e *période*. *Croup*. Ici les indications présentent deux grandes divisions : indications tirées de la fausse membrane, indications tirées du spasme et de la paralysie des muscles de la glotte.

Phosphorus, bryonia, hepar sulfuris, iodium, bromum et *spongia* répondent à la première indication.

Moschus et *sambucus* répondent à la seconde ; la *trachéotomie* est indiquée dans les deux cas.

Hepar sulfuris convient quand la toux est rauque et convulsive ; éternument après la toux ; respiration et voix rauque, pas d'aphonie complète ; dyspnée plutôt qu'accès de suffocation.

Phosphorus. Accidents spasmodiques plus prononcés, réveil la nuit avec accès de suffocation ; angoisse, sentiment de constriction du larynx ; il existe quelques cas de guérison incontestable par ce médicament. *Phosphorus* répond en outre aux symptômes de paralysie.

Bryonia a donné de bons résultats ; on n'a pu encore déterminer les signes qui indiquent spécialement ce médicament, et son emploi est encore un peu empirique ; il en est de même de *bromum, spongia* et *iodium*.

Les observations cliniques démontrent l'efficacité de

moschus et de *sambucus* contre les accès de suffocation par spasme de la glotte. *Moschus* correspond à la constriction subite du larynx, suffocation avec désespoir; *sambucus* est indiqué par l'angine, la toux rauque, les accès de suffocation avec gonflement bleuâtre de la face et du cou. Il ne faut pas hésiter à prescrire ces deux médicaments à doses massives.

Spongia, iodium et *cuprum* ont donné quelques succès.

La *trachéotomie* est indiquée par les accès de suffocation, quelle que soit la période de la maladie: que cette suffocation soit due à l'obstacle mécanique causé par la fausse membrane, au spasme ou même à la paralysie des muscles de la glotte. La question pratique est celle du moment où il convient de faire cette opération. L'intensité croissante des accès de suffocation est le signe qui guide le médecin dans cette question difficile ; il faut retarder le moment autant que possible, en se rappelant cependant que l'opération réussit d'autant mieux qu'il n'y a pas encore de symptômes d'asphyxie.

Une incision partant du cartilage cricoïde et arrivant presque au bord supérieur du sternum, est pratiquée à la peau. On divise successivement les tissus, couche par couche, en évitant de couper les vaisseaux, et on arrive ainsi sur la trachée. Si à ce moment il existe une hémorrhagie, il faut tâcher de s'en rendre maître en liant ou en tordant les petits vaisseaux divisés. On pénètre dans la trachée avec un bistouri pointu, on divise deux ou trois cerceaux cartilagineux, on remplace le bistouri par le dilatateur qui, à son tour, sert à introduire la double canule ; c'est le temps difficile de l'opération. Un procédé, qui éloigne bien des difficultés, consiste à armer la canule d'une sonde en gomme élastique qui dépasse son extrémité de plusieurs centimètres et dont l'extrémité arrondie et douce s'introduit beaucoup plus facilement

dans la plaie de la trachée. La canule est ensuite fixée à l'aide d'un ruban autour du cou du malade ; une rondelle de caoutchouc, passée préalablement sous les oreilles de la canule, protége la plaie contre le contact métallique. Immédiatement après l'opération, des mucosités et du sang s'échappent de la canule, puis après cet orage, la respiration devient calme et *sans bruit* ; alors on recouvre l'ouverture d'une gaze claire et on entretient, à l'aide d'eau bouillante, une légère humidité dans l'atmosphère.

La canule doit être nettoyée, en retirant la canule intérieure, toutes les fois qu'il se produit des bruits intenses par la respiration. Si les accès de suffocation reparaissent, il faut retirer la canule tout entière et maintenir la plaie béante à l'aide du dilatateur, pour favoriser l'expulsion de l'obstacle qui s'oppose au libre passage de l'air. Autrement, on ne retire la canule pour faire le premier pansement que le troisième jour après l'opération.

Il faut savoir que les accès de suffocation et l'asphyxie peuvent revenir quoiqu'il n'y ait pas d'obstacle mécanique au passage de l'air. Dans ce cas, il survient soit une bronchite pseudo-membraneuse, soit une paralysie du diaphragme. On retire définitivement la canule du sixième au dixième jour. On commence par la retirer quelques heures et on ne l'enlève définitivement que lorsque les malades respirent suffisamment par le larynx. Chez quelques malades, l'obstruction du larynx persiste quinze jours, trois semaines et plus, et par conséquent, on est, dans ces cas, obligé de laisser la canule pendant tout ce temps.

Forme putride. Elle présente une mortalité énorme. *Arsenicum, lachesis, carbo vegetabilis,* correspondent à la malignité, aux hémorrhagies, à la gangrène et aux

symptômes asphyxiants qui caractérisent cette forme. *Arsenicum* est indiqué par l'angine gangréneuse, la tuméfaction énorme des ganglions lymphatiques, l'écoulement d'un ichor putride par les fosses nasales, la paralysie du pharynx.

Lachesis répond à la gangrène de la gorge, à la suppuration et à la gangrène des ganglions sous-maxillaires, aux hémorrhagies multiples.

Carbo vegetabilis, à la période asphyxique.

China et *secale* pourraient aussi être indiqués.

Forme ataxique. Variété à marche rapide. Nous ne possédons pas de renseignements cliniques. *Belladona* et *stramonium* sont indiqués par les symptômes cérébraux; *lachesis* conviendrait peut-être contre l'ensemble de la maladie.

La *variété spasmodique* demande les médicaments du spasme de la glotte et ceux de la paralysie des muscles respiratoires. Nous avons indiqué les premiers dans le traitement de la deuxième période de la forme commune. *Phosphorus, plumbum, secale cornutum, arsenicum,* sont indiqués par la paralysie. Enfin la faradisation des nerfs phréniques devrait être tentée contre la paralysie prématurée du diaphragme et dans les accès de suffocation souvent mortels qui sont liés à cette paralysie.

Paralysie consécutive. Rhus toxicodendron est indiqué par la paralysie de pharynx : symptômes d'étranglement en avalant un liquide, engourdissement du bout des doigts, paralysie incomplète et progressive des membres inférieurs, avec refroidissement, fourmillement et tremblement; paralysie du rectum et de la vessie; paralysie des paupières; enfin, il y a des faits cliniques en faveur de ce médicament.

Secale cornutum et *plumbum* répondent en outre aux

symptômes d'atrophie musculaire. Nous citerons encore *phosphorus, arsenicum* et *china,* enfin l'*électricité,* dont l'action favorable ne saurait être contestée.

Dans une maladie aussi grave que la diphthérie, nous croyons encore devoir signaler quelques moyens empiriques, qu'on pourra essayer qnand le traitement régulier sera inefficace. Le Dr Triduau a préconisé le *copahu* et surtout le *poivre cubèbe* à très-haute dose; alterner toutes les deux heures une cuillerée de sirop de copahu et une cuillerée de sirop simple contenant de 50 centigrammes à 1 gramme de poivre cubèbe. Il a cité un certain nombre de succès obtenus à l'aide de ce mode de traitement.

Le Dr Abeille vante par-dessus tout les fumigations de cinabre dans la chambre du malade. Dans un vase à large ouverture, contenant de l'eau en ébullition, on projette, toutes les deux heures, 2 grammes de cinabre.

Moyens locaux. La *cautérisation* qui avait été proposée comme un moyen infaillible et qui avait été acceptée d'enthousiasme par la généralité des médecins est aujourd'hui abandonnée par Trousseau lui-même. Cependant nous croyons que l'on peut retirer quelques avantages de certaines applications externes. Les gargarismes contenant 1 gramme de bromure de potassium, pour 200 grammes d'eau (Dr Emery); l'insufflation d'une poudre composée de sucre de lait et d'acide arsénieux dans la proportion d'un dix-millième; les onctions sur la peau du cou avec la teinture d'iode, peuvent rendre quelques services dans le cours d'une maladie, dont le traitement régulier n'est point encore définitivement arrêté.

Soins hygiéniques. Il est fort important d'alimenter les malades atteints de diphthérie et de maintenir dans leur chambre une chaleur douce et rendue un peu humide par

l'eau tenue en ébullition. L'usage d'un peu de vin, surtout pour les malades qui ne veulent pas manger, est conseillé par la plupart des médecins.

DYSENTÉRIE.

La dysentérie est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par des évacuations fréquentes de selles petites, toujours glaireuses, et souvent sanguinolentes; par le ténesme et par l'inflammation du rectum.

Cette maladie, qui est extrêmement meurtrière, se présente sous trois formes : *forme commune, forme bénigne* et *forme maligne*.

Forme commune. — Cette forme, précédée souvent de courbature et de diarrhée, débute d'autres fois par un véritable frisson suivi d'un mouvement fébrile très-intense, ordinairement accompagné de vomissements. Les selles prennent bientôt un caractère spécial et en même temps le *mouvement fébrile diminue*, en sorte que comme dans les deux espèces morbides précédentes, la chaleur fébrile diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Des coliques intenses précèdent et accompagnent les selles qui deviennent très-fréquentes jusqu'à 4, 6, 8 et 10 par heure; le ténesme est continuel. Ces selles, très-petites, sont toujours glaireuses, habituellement sanguinolentes, contenant quelquefois du sang pur, mêlé de matière fécale durcie; d'autres fois, des fausses membranes imitant la lavure de chair, la tunique interne de l'intestin;

quelquefois elles sont formées de glaires teintes en vert par de la bile.

Ces symptômes augmentent pendant le premier septénaire; les selles deviennent incessantes; l'anus plus ou moins ouvert; la muqueuse purulente, rouge, ulcérée; l'amaigrissement rapide; le facies grippé et sénile; et la tendance au refroidissement a remplacé la chaleur fébrile; le pouls est fréquent et très-petit; les vomissements et l'anorexie ont cessé; le malade commence à digérer un peu de bouillon; il n'y a ni stupeur, ni délire, mais plutôt une indifférence profonde.

La maladie peut se terminer par la *guérison* ou par la *mort*; d'autres fois, elle passe à l'état *chronique*.

Terminaison par la mort. L'amaigrissement devient squelettique; le facies hippocratique; l'anus béant; le sphincter paralysé; les évacuations involontaires; l'algidité se prononce de plus de plus. Les malades, pelotonnés dans leur lit, en proie à des évacuations incessantes, putrides, lientériques, se refroidissent de plus en plus; le pouls, d'abord intermittent, disparaît tout à fait; les évacuations se suppriment; les malades sont pris de subdélirium et succombent dans un état qui présente quelque ressemblance avec la période algide du choléra.

Terminaison par la guérison. Les selles s'éloignent, deviennent stercorales; la chaleur reparaît; la fréquence du pouls diminué; l'appétit se prononce; le sommeil revient, et les malades entrent dans une convalescence toujours longue, difficile, et souvent interrompue par des diarrhées et par de véritables rechutes.

Passage à l'état chronique. Après deux ou trois septénaires, le mouvement fébrile cesse; les selles deviennent moins fréquentes, elles sont lientériques et puriformes; l'amaigrissement, la perte des forces, le sentiment de

froid persistent; l'*œdème* survient. Cet état se prolonge pendant des mois et se termine presque toujours par la mort, soit dans l'algidité, comme précédemment, soit par une complication.

Complications. Abcès du foie. Fréquent dans les pays chauds, ils précèdent, accompagnent ou suivent un grand nombre de dysentéries ; ils sont à cette dernière affection ce que l'épididymite est à la blennorrhagie. Les autres complications sont la *péritonite,* due à l'extension de l'inflammation du rectum au péritoine, ou à une perforation de l'intestin ; les *abcès* du petit bassin, produits par le même mécanisme; des *phlébites* du petit bassin ou des membres inférieurs; la *diathèse purulente;* des *arthrites* qui ont porté Stoll à créer la *dysentérie rhumatismale.* Les *accidents consécutifs* sont des *péritonites tardives,* des *rétrécissements* du rectum et des *paraplégies.*

Forme bénigne. — Elle est habituellement sans fièvre ou accompagnée d'un accès fébrile très-court; les selles caractéristiques sont plus ou moins abondantes; l'appétit revient promptement; les forces sont conservées ; l'amaigrissement est insignifiant et la maladie se termine le quatrième ou le septième jour.

Forme maligne. — Extrêmement meurtrière, elle varie d'aspect avec les épidémies; cependant l'*algidité* est toujours le caractère dominant. Les symptômes graves apparaissent dès le début, et la mort peut survenir dès le troisième jour mais plus souvent à la fin du premier septénaire. Les malades présentent au plus haut degré l'état grave de la forme commune; en plus, il y a des symptômes asphyxiques marqués par la couleur bleuâtre de la face et des extrémités. Les évacuations ont une odeur gangréneuse et ne s'accompagnent ni de coliques, ni de

douleur anale. Le pouls disparaît rapidement; le délire survient, puis une sorte de coma asphyxique qui termine la maladie.

Dans certains pays, les accidents revêtent un type franchement *intermittent*, c'est une *pernicieuse dysentérique*.

Anatomie pathologique. — La lésion constante est une inflammation ulcéreuse du rectum. Chez les malades qui succombent après le premier septénaire, on trouve toutes les membranes fortement épaissies ; le calibre de l'intestin très-rétréci ; la muqueuse ulcérée plus ou moins profondément, recouverte par place de pseudo-membranes; des abcès sous-muqueux communiquant avec l'intestin par des ouvertures multipliées; des points gangréneux.

La lésion diminue à mesure que l'on s'éloigne de l'extrémité inférieure; les ganglions mésentériques, le foie et la rate, sont tuméfiés et ramollis.

L'altération du sang consiste dans une diminution de la fibrine et des globules, et une augmentation du sérum.

Etiologie. — Epidémique, contagieuse, transportée de ville en ville par les régiments qui en sont infectés, la dysentérie est surtout une maladie des pays où sévit la fièvre intermittente; elle est plus grave dans les pays chauds; dans nos climats elle règne surtout pendant l'automne.

La cause occasionnelle la plus incontestée est le refroidissement. Les *excès* peuvent être l'occasion de la maladie. L'usage des *fruits* ne semble pas avoir d'influence fâcheuse.

Traitement. — *Forme commune*. Au début, quand la fièvre est forte, ce qui est rare, *aconitum* est indiqué;

mais il faut promptement le remplacer par l'un des médicaments suivants :

Capsicum annuum est le médicament principal de la dysentérie à sa période d'état : ténesme excessif, petites selles glaireuses et sanguinolentes, précédées et accompagnées de coliques; ballonnement du ventre; soif et frisson après chaque selle; sentiment de défaillance pendant la selle; faiblesse extraordinaire.

Mercurius vient sur la même ligne que *capsicum*. *Solubilis* et *corrosivus* ont été employés avec succès; tous les deux correspondent aux selles dysentériques. *Solubilis* s'accompagne de *sueurs froides* avant la selle et de *chaleur* pendant la selle; *corrosivus* correspond à des selles plus sanguinolentes, à un ténesme plus douloureux et à l'excoriation de l'anus.

Nux vomica convient dans la dysentérie avec selles mêlées de matière fécale dure et grand ténesme.

Colocynthis est indiqué par des coliques considérables, avec rougeur et chaleur de la face pendant les coliques; par des selles dysentériques mêlées de mucus teint en vert foncé.

Colchicum. Selles très-fréquentes, peu sanguinolentes et très-fétides.

Ipeca convient quand les vomissements sont prédominants et aussi quand la perte du sang par les selles est considérable.

A une période plus avancée de la maladie, nous pouvons indiquer *phosphorus*, *arsenicum* et *carbo-vegetabilis*. Ces trois médicaments correspondent à ce symptôme si grave de la paralysie du sphincter, et les deux derniers au refroidissement asphyxique qui annonce et précède la terminaison par la mort. Un grand nombre d'observations cliniques prouvent l'efficacité d'*arsenicum* dans la dysentérie grave.

Nous retrouvons ces trois derniers médicaments, et principalement *arsenicum*, dans le traitement de la *forme maligne* de la dysentérie. *Secale cornutum* et *china* alternés ont donné de beaux succès dans les cas très-graves (Émery).

Quand cette forme revêt le type intermittent, *china* est indiqué, mais principalement le sulfate de quinine, qu'il ne faut pas hésiter à prescrire à forte dose.

Les doses pour les autres médicaments sont, d'après ma pratique, les 3es dilutions. Dans un cas très-rebelle et très-intense, je me suis fort bien trouvé d'administrer 25 centigrammes de la 3e puis de la 2e trituration d'arsenic dans 1/4 de lavement, qu'on répétait trois fois par jour.

L'état chronique demande principalement *arsenicum* et *china*, suivant le caractère de la diarrhée. *Argentum nitricum* a été prescrit avec succès en lavements et à forte dose. Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer ce moyen.

Le *régime* est fort important dans la dysentérie. La diète absolue ne convient que les premiers jours; on doit ensuite alimenter le malade. La *viande* très-peu cuite, ou même tout à fait crue, est la nourriture la plus convenable; elle doit être administrée aussitôt que l'appétit revient, même pendant la période d'état, et il faut persister si la viande, parfaitement digérée, n'occasionne pas de coliques et ne se retrouve pas dans les selles.

GRIPPE.

C'est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse des voies respiratoires.

Tantôt très-bénigne, tantôt très-meurtrière, la *grippe*, décrite encore sous les noms de *bronchite épidémique*, *pneumonie épidémique*, *follettes*, *cocotte*, *petite peste*, *influenza*, atteint la presque généralité des individus; elle se propage très-rapidement, en sorte que quelques semaines lui suffisent pour faire le tour du globe.

Elle présente trois formes à étudier : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme maligne*.

Forme commune. — Il y a deux degrés ou variétés :

1° *Variété légère*. La bronchite constitue ici l'affection principale; elle débute par un mouvement fébrile, très-intense, précédé de frissonnements très-marqués; le pouls est large et mou; la chaleur s'accompagne de tendance aux sueurs; la courbature est considérable, avec rachialgie; céphalalgie frontale intense, s'irradiant dans la face; il y a une grande prostration.

En même temps coryza fluent, auquel succèdent rapidement le mal de gorge, avec enrouement ou aphonie; puis la bronchite, caractérisée par une toux sèche et incessante.

Les symptômes généraux tombent le quatrième ou au plus tard le septième jour. Les malades se lèvent; ils recouvrent de l'appétit et du sommeil; mais ils conservent une toux qui devient grasse, quinteuse, avec effort de vo-

missements, et même vomissements; quelquefois épistaxis. Cette toux, qui ressemble à celle de la coqueluche, se prolonge plusieurs semaines; l'expectoration devient de plus en plus épaisse et colorée; les quintes s'éloignent d'abord, diminuent ensuite et finissent par disparaître.

2° *Variété grave.* L'affection pulmonaire est caractérisée, dans cette variété, par la bronchite capillaire, avec engouement des poumons et hépatisation disséminée. Cette variété débute souvent comme la précédente; seulement, sous l'influence d'un refroidissement ou d'un excès, l'inflammation se propage aux petites bronches, et la première variété se transforme dans la seconde. D'autres fois, la gravité de la maladie apparaît dès le début. Le frisson est plus marqué; le mouvement fébrile est plus intense, et une dyspnée notable, avec état vultueux de la face, et une grande prostration caractérisent déjà la maladie.

La période d'état s'établit habituellement dès le quatrième jour, quelquefois plus tard. Comme dans les maladies de la même classe, la chaleur fébrile est d'autant moins accusée que l'état est plus grave. Le pouls est mou, petit, intermittent; il y a une tendance à la sueur; la dyspnée est considérable, et c'est là le symptôme principal; la face est vultueuse et présente très-souvent une légère teinte asphyxique; la toux, très-fréquente, facile, amène une expectoration très-abondante de crachats puriformes très-épais, tenaces, quelquefois demi-solides.

Cette variété se termine souvent par *la mort.* La dyspnée fait des progrès; il survient des accès de suffocation horribles; et les malades périssent tout à coup dans un de ces accès, ou bien s'éteignent plus lentement dans l'asphyxie, par la réplétion des bronches.

Lorsque *la guérison* doit avoir lieu, la dyspnée di-

minue, ainsi que l'expectoration ; le sommeil et l'appétit reviennent.

Dans certaines épidémies, la forme commune se complique avec la diphthérie et avec les oreillons. La prédominance de l'otite, du coryza, de névralgies diverses, d'ophthalmies, impriment un caractère tout particulier à certaines épidémies.

Il faut savoir que la grippe est souvent la première étape de la phthisie pulmonaire.

Forme bénigne. — La durée est courte, l'affection locale de peu d'importance; mais les symptômes généraux sont très-prononcés et hors de proportion avec les symptômes locaux.

Cette forme débute par de petits frissons, ou simplement par un peu de frilosité. Elle se caractérise par une courbature excessive, un affaiblissement considérable, une insomnie complète. La céphalalgie est considérable; l'affection locale est tantôt le coryza, tantôt l'otite, tantôt le mal de gorge, ou le rhume; d'autres fois, une névralgie ou une conjonctivite. Le mouvement fébrile se développe plus ou moins complétement, et la maladie se termine du quatrième au septième jour.

Forme maligne. — Cette forme est fréquente dans certaines épidémies; elle est caractérisée surtout par la sidération des forces et par le défaut de proportion entre les symptômes. L'affection habituelle de cette forme est la bronchite capillaire, avec engouement des poumons. Mais chaque épidémie revêt un caractère particulier, et quelquefois la mort survient avant que la lésion pulmonaire soit développée.

La maladie débute par un frisson violent et par un état fébrile bien accusé; la somnolence et le coma appa-

raissent dès le second jour; il y a une extrême prostration; la langue et la gorge se sèchent; le délire survient; le pouls est petit, inégal, fuyant; la respiration est composée de soupirs profonds. Les soubresauts des tendons, les lipothymies, l'asphyxie, les sueurs froides; des crachats putrides et noirâtres; quelquefois une diarrhée séreuse, abondante, involontaire; des œdèmes, des parotides, des gangrènes, caractérisent la grippe maligne à sa période d'état. La mort survient quelquefois dès le troisième jour, mais habituellement aussi le quatrième et le septième jour.

Lésions. Dans l'épidémie de Nantes on rencontra constamment une abondance de caillots fibrineux, durs, jaunâtres, remplissant complétement le ventricule et l'oreillette droite. Ces caillots se continuaient dans les veines caves, mais surtout dans l'artère pulmonaire, qu'ils oblitéraient complétement, remplissant toutes les ramifications comme une injection solidifiée. Dans le cœur gauche, il y avait moins de caillots.

Les bronches, entièrement remplies par un liquide mucoso-purulent, présentaient, ainsi que le tissu pulmonaire, tous les degrés de l'inflammation propre aux bronchites capillaires, jusqu'à l'hépatisation, disséminées en noyaux plus ou moins volumineux.

Étiologie. — Maladie épidémique, transmissible par contagion, et aussi à grandes distances par l'atmosphère des malades. La grippe sévit en toutes saisons, mais moins fréquemment en été. L'*encombrement* est une condition qui la rend plus grave dans les casernes et dans les hôpitaux. Les refroidissements, les excès, mais surtout la fatigue, servent d'occasion à son développement.

Traitement. — Nous renvoyons pour le choix des mé-

dicaments au chapitre du *Catarrhe pulmonaire*. Nous dirons seulement ici que dans la forme maligne deux médicaments sont principalement indiqués, *arsenicum* et *lachesis*, et qu'il sera facile de choisir entre les deux médicaments, en se rapportant à ce que nous avons dit du traitement des formes malignes des autres maladies.

OREILLONS.

Définition. — Maladie épidémique et contagieuse caractérisée par la fluxion aiguë des glandes salivaires et en particulier des parotides.

Les oreillons constituent nne maladie essentielle, très-distincte de la parotite symptomatique. Cette dernière affection, commune à plusieurs maladies, est habituellement, mais non toujours, bornée à une seule parotide ; elle a une grande tendance à se terminer par la suppuration ou la gangrène.

Les oreillons débutent par des frissons avec vomissements, suivis d'un mouvement fébrile intense ; le pouls est large et fréquent ; en même temps il survient une fluxion douloureuse dans l'une des régions parotidiennes. Dès le lendemain, le gonflement de la parotide est apparent ; il augmente les jours suivants ; il est quelquefois très-douloureux. Le mouvement fébrile tombe le quatrième jour et la résolution commence ; dans les cas bénins la maladie se termine ainsi ; mais le plus souvent la fièvre reparaît, l'autre parotide se prend, et la maladie se prolonge jusqu'au septième ou neuvième jour. A ce moment survient assez souvent un phénomène bizarre et très-douloureux : c'est la disparition rapide de la fluxion paroti-

dienne qui est remplacée par une fluxion sur les testicules chez les hommes, sur les glandes mammaires, les grandes lèvres ou l'ovaire chez la femme. Quelquefois cette métastase est précédée pendant quelques heures de symptômes fort alarmants; mouvement fébrile intense, délire, état lipothymique, puis la fluxion se fait et tout rentre dans l'ordre. Cependant Hamilton a signalé une épidémie d'oreillons accompagnée chez quelques sujets d'une méningite mortelle. Dans une variété plus bénigne la maladie ne s'accompagne même pas de fièvre. Quelquefois l'induration des glandes salivaires persiste huit et quinze jours après la disparition de la fièvre. Les *oreillons* s'indurent surtout chez les scrofuleux.

Etiologie. — Maladie épidémique, contagieuse, non inoculable et ne frappant ordinairement le même sujet qu'une seule fois dans sa vie, les oreillons sévissent dans les mêmes circonstances que la rougeole. La période d'incubation varie de huit à quinze jours.

Traitement. — *Solubilis* est le médicament généralement recommandé dans le traitement des oreillons. *Pulsatilla* est indiquée par la métastase sur les testicules. *Apis mellifera* nous a rendu service dans un cas où des symptômes de méningite s'étaient montrés après la disparition des oreillons. Dans ce cas il faudrait encore songer à *belladona*.

Dans cette maladie j'ai employé les médicaments à la 3e dilution.

DES NÉVROSES

Les maladies qui forment la classe des névroses ont pour caractère commun d'être constituées par des désordres de la vie animale et de n'atteindre qu'indirectement et à la longue les fonctions de la vie végétative. Nous décrirons les névroses suivantes: l'*hystérie*, l'*épilepsie*, l'*éclampsie*, le *tétanos*, la *chorée*, le *somnambulisme*, qui contient l'*extase*, la *catalepsie* et l'*acrobatisme*; les *contractures essentielles*, l'*ataxie locomotrice*, la *crampe des écrivains*, la *paraplégie essentielle*, la *paralysie agitante* et le *tremblement sénile*, la *crampe*, la *paralysie essentielle de la langue*, l'*hypochondrie*, la *folie*, la *démence*, la *paralysie générale essentielle*.

HYSTÉRIE.

L'hystérie est une maladie de l'ordre des névroses exclusivement propre au sexe féminin, et caractérisée par la multiplicité de ses affections, dont les plus significatives sont l'impressionnabilité excessive, la boule hystérique, les analgésies et les hyperesthésies.

L'impressionnabilité excessive, les hyperesthésies, les analgésies et la boule hystérique ne sont pas les phénomènes les plus apparents, les plus considérables de l'hystérie; mais cependant nous les énumérerons dans la définition de la maladie, parce qu'ils sont les plus carac-

téristiques et qu'ils séparent nettement l'hystérie des autres névroses.

Enfin nous disons que l'hystérie est exclusivement propre au sexe féminin, non que nous ignorions que l'opinion contraire soit soutenue par des médecins fort autorisés sur la matière, mais parce que les arguments et les observations qu'ils ont apportés à l'appui de leur manière de voir ne nous ont pas convaincu. Leur erreur provient de deux causes principales : la première est une trop grande importance attachée au symptôme impressionnabilité comme signe d'hystérie ; la seconde est la confusion établie entre l'hystérie et certains états morbides, comme le somnambulisme, la catalepsie, la chorée et même des phénomènes rares de l'empoisonnement saturnin.

Division. — L'hystérie se présente sous quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme convulsive* et la *forme grave*.

Plusieurs de ces formes présentent à étudier comme variété des sous-divisions importantes.

Forme commune. — Cette forme est ainsi nommée, parce que c'est elle que l'on rencontre le plus fréquemment, et aussi parce que, présentant réunies presque toutes les affections hystériques, elle offre, plus que toutes les autres formes, une image complète de la maladie.

Les hystériques présentent dès leur enfance certaines dispositions qui permettent de prévoir à l'avance le développement de la maladie ; et, comme cette prévision est d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie, nous allons exposer avec le plus grand soin les signes de la disposition hystérique.

M. Briquet a dit avec raison que ce qui constituait le tempérament hystérique était *la prédominance de l'élé-*

ment affectif. Ces malades, encore tout enfants, sont impressionnables à l'excès; elles sont vives, affectueuses, et trop démonstratives dans leurs affections; si elles pleurent, c'est jusqu'aux larmes et à la suffocation; si elles s'iritent, c'est jusqu'à la fureur et au tremblement; leur joie s'accompagne d'exclamations folles, de larmes et de rires inextinguibles. Elles s'effrayent facilement et se trouvent mal pour un rien; elles déploient dans leurs jeux une imagination extraordinaire, même chez des enfants; leur sommeil est léger, souvent interrompu; elles ont des rêves lucides et des accès de somnambulisme.

Les facultés intellectuelles ne présentent pas de caractère particulier chez les enfants et les jeunes filles prédisposées à l'hystérie; elles peuvent avoir un esprit très-borné ou une intelligence très-étendue. Les facultés animales ou sensibles sont seules développées à l'excès.

Quelques auteurs ont cru trouver dans l'apparence physique des signes de la prédisposition hystérique; mais ils s'accordent peu sur la description de ces signes.

Pour nous, une constitution délicate, même un peu frêle, une grande vivacité dans les mouvements, une certaine énergie musculaire, avec une faiblesse apparente, tels sont les caractères physiques des enfants prédisposées à la *forme commune* de l'hystérie. Nous verrons, en traitant de la *forme convulsive*, que les filles qui sont atteintes de cette forme présentent souvent des caractères physiques tout opposés.

Quand l'hystérie débute avant l'âge de 7 ans, elle commence presque toujours par une attaque convulsive, même quand les malades doivent être atteints de la forme commune; d'autres fois c'est par des gastralgies ou des céphalalgies, qui dès lors revêtent des caractères tout particuliers, et sur lesquels nous insisterons en décrivant les *affections hystériques*; mais, le plus souvent, c'est à l'ap-

proche de la puberté et au moment de la première menstruation que l'hystérie, latente jusqu'à ce jour, éclate et se constitue par le développement simultané de la plupart de ses symptômes.

Les malades présentent alors à étudier deux états distincts : hystérie pendant l'attaque, hystérie hors du temps des attaques.

Hystérie pendant l'attaque. Dans la forme commune de l'hystérie, les attaques sont constituées par le retour, à des périodes habituellement longues et irrégulières, d'un ensemble de symptômes qui apparaissent rapidement, se continuent pendant quelques heures et disparaissent ordinairement après une crise par les larmes ou par des urines aqueuses et abondantes. Chaque attaque se compose le plus souvent d'une suite d'accès séparés par des rémissions plus ou moins complètes; les attaques sont convulsives ou ne le sont pas.

Attaques non convulsives. A propos d'une impression morale vive, quelquefois d'une frayeur, plus souvent d'un chagrin violent, à l'époque des règles surtout, la malade est prise d'accidents variables, mais dont les principaux sont les suivants : dyspnée avec suffocation et sanglots, sentiment de constriction à la gorge, palpitation extrêmement violente, agitation avec tremblement des membres, exaltation des facultés intellectuelles et principalement de la sensibilité et de l'imagination, flux de paroles entrecoupées de sanglots. Le langage est facile, l'expression est recherchée et le discours empreint d'un caractère d'élévation relative incontestable. Au milieu de ce désordre, surviennent des accès de rire et de pleurs involontaires. En même temps, les malades éprouvent des douleurs souvent excessives. La tête, la région du cœur et l'épigastre, sont le plus souvent le siége de ces douleurs ; mais, quel que soit leur siége, elles s'aggravent

par la pression, qui suffit presque toujours à rappeler l'accès lorsque la rémission est déjà commencée.

Après une durée d'un quart d'heure, d'une demi-heure, tous ces symptômes diminuent pour reparaître encore, et constituer ainsi, par leur retour et leur disparition, une série d'accès dont l'ensemble compose l'attaque hystérique, attaque hystérique qui se termine presque toujours par une évacuation critique. Le plus souvent cette évacuation consiste dans l'excrétion extrêmement abondante d'une urine limpide comme de l'eau.

Attaques convulsives. Nous l'avons déjà dit, dans la *forme commune* l'hystérie présente accidentellement des *attaques convulsives.* Dans ce cas les malades conservent presque toujours leur connaissance, et les convulsions n'atteignent jamais le degré de violence qu'on observe dans la forme convulsive. Quant à leur caractère de convulsions hystériques, nous aurons à le décrire à propos de la forme dans laquelle elles se montrent comme symptôme principal.

Hystérie en dehors des attaques. Les attaques que nous venons de décrire reviennent à des intervalles très-irréguliers; et souvent, après avoir été fréquentes pendant un temps, elles s'éloignent de plus en plus et finissent par disparaître complétement. Seulement les malades conservent toujours la faculté de retomber dans la phase des attaques fréquentes, et pour cela il suffit d'une plus grande intensité dans l'action des causes occasionnelles. Ainsi, des chagrins prolongés, l'affaiblissement résultant d'une longue maladie, un changement d'état, suffisent pour faire reparaître chez les hystériques des attaques fréquentes, même lorsque ces attaques ont cessé depuis plusieurs années.

Dans l'intervalle des attaques, les hystériques présentent un état fort complexe à étudier. Les affections qui

prédominent chez chacune d'elles donnent à la maladie des caractères variables à l'infini, et c'est avec quelque raison que les auteurs comparent l'hystérie à un protée qui peut prendre la ressemblance de toutes les maladies. Tantôt la prédominance des affections gastriques rapproche l'hystérie des affections organiques de l'estomac; chez d'autres malades, la toux et la dyspnée font craindre une phthisie commençante; de violentes palpitations et des douleurs à la région du cœur rappellent chez quelques-unes les caractères propres à la cardite chronique; des douleurs violentes, toujours fixées sur le même organe, simulent jusqu'à un certain point les phlegmasies les plus diverses : néphrite, cystite, arthrite, phlegmons profonds des membres; enfin des paralysies, des convulsions, des contractures, des céphalalgies et des rachialgies atroces se réunissent et se groupent quelquefois de telle façon, qu'elles donnent à la maladie l'aspect d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière.

Mais, au milieu de ces troubles si divers, au-dessus des modifications si multipliées imprimées par ces affections différentes, la maladie subsiste et se manifeste par un fond commun et presque identique chez toutes les malades. Les fonctions de la vie animale, qui pendant longtemps sont presque exclusivement atteintes dans l'hystérie, présentent constamment le même désordre, et les affections elles-mêmes, si différentes qu'elles soient par leurs siéges, offrent toutes des caractères communs et un air de famille qui permet de les classer et de les désigner sous le nom d'affections hystériques. Parmi les fonctions de la vie animale, les sens internes sont ceux qui sont le plus généralement et le plus profondément atteints. Le trouble des sens internes consiste dans le développement anomal des facultés affectives et dans une impressionna-

bilité extrême. De leur côté, les sens externes, la contractilité musculaire et la sensibilité générale présentent des troubles nombreux, mais qui peuvent rentrer dans deux ordres opposés l'un à l'autre. Tantôt c'est une sorte de surexcitation de ces fonctions : l'œil voit mieux, l'ouïe est plus fine, la sensibilité est portée jusqu'à la douleur; tantôt au contraire c'est la paralysie complète ou incomplète qui existe simultanément avec l'état précédent ou qui lui succède.

Si variés que soient les symptômes de l'hystérie, ils peuvent donc être ramenés, en dernière analyse, à des troubles parfaitement définis de la vie animale; mais sur ce canevas toujours le même, dans ce cadre toujours identique, les influences tirées des idiosyncrasies, de l'éducation, de la position sociale et de toutes les circonstances étiologiques viennent dessiner des tableaux qui diffèrent avec chaque malade. Aussi est-il difficile de faire une description qui s'applique à tous les cas. Cependant on peut dire que toujours l'hystérique sent trop vivement et exprime trop vivement aussi ce qu'elle a ressenti. De là ces pleurs, ces désespoirs pour des riens, ces rires et cette joie folle pour des bagatelles; de là encore un langage toujours empreint d'exagération et prenant facilement une légère teinte déclamatoire. Ces malades ne parlent que de carrière brisée, d'affection méprisée, de maux affreux et incurables, de mort prochaine, de douleur, de tortures dont personne ne peut se faire une idée. A les entendre, leur dévouement est sans limite, le courage qu'elles mettent à supporter les longues souffrances de la maladie, est un courage surhumain. Ces malades font le désespoir de leurs parents par leurs exigences, leurs plaintes continuelles, leurs caprices sans fin. Elles tourmentent leur médecin par leur peu de docilité et par leur inconstance qui les fait passer d'une confiance et

d'une admiration sans bornes à la défiance et au dédain le plus accentué. Alternativement agitées ou plongées dans une sorte d'affaissement, elles passent d'une vie trop active à une existence complétement inerte.

Faibles en apparence, se traînant nonchalamment, ayant à peine la force de parler, elles retrouvent à l'occasion un entrain et une vigueur dont serait incapable une personne en santé. Le sommeil de ces malades est rarement calme ; des rêves pénibles, quelquefois lucides, prophétiques, des réveils fréquents, en forment le caractère habituel.

L'appétit est rarement régulier; quelquefois il est très-vorace; d'autres fois, il existe une inappétence complète, et ces deux états opposés s'observent tantôt chez des malades différentes, tantôt ils alternent chez la même malade.

Les digestions sont variables comme l'appétit; la constipation est presque constante.

Pendant longtemps les médecins ont enseigné, et cette opinion a encore aujourd'hui quelques partisans, que l'hystérie reconnaissait pour cause prochaine des désirs vénériens non satisfaits; rien de plus faux que cette explication que nous ne devons examiner ici qu'au point de vue des symptômes offerts par les malades. Les hystériques, en effet, présentent sous le rapport des fonctions génitales la même diversité d'état que nous avons signalé pour les autres fonctions. Ainsi, quelques-unes, il est vrai, ont une grande propension à l'amour physique ; mais d'autres, et nous croyons que c'est le plus grand nombre, présentent un état opposé; et, comme chez ces malades tout est excessif, ce n'est pas de l'indifférence qu'elles ont pour l'accomplissement des fonctions sexuelles, mais un éloignement porté jusqu'à la répulsion et au dégoût.

Habituellement les hystériques sont réglées très-jeunes, les époques avancent et l'écoulement du sang est abondant. Mais il n'est pas rare d'observer une aménorrhée plus ou moins complète.

Nous avons dit précédemment que les affections hystériques présentaient toutes certains caractères communs qui permettaient de les reconnaître comme appartenant à la même maladie. Ces caractères communs sont la mobilité, la faculté d'apparaître et de disparaître instantanément, une dépendance presque exclusive des causes de l'ordre moral, la possibilité d'exister pendant de longues années sans déterminer de lésion organique. L'absence de fièvre est un signe négatif d'une grande importance pour distinguer les affections hystériques, des affections organiques qu'elles simulent si bien.

La maladie constituée par l'ensemble des symptômes dont nous venons de donner le tableau, marche et se prolonge pendant des années avec des attaques plus ou moins rares, plus ou moins fréquentes, et des affections qui troublent à des degrés divers les grandes fonctions de l'économie. Le plus souvent, sous l'influence du traitement, de l'hygiène surtout et des phénomènes d'âge, la maladie s'affaiblit considérablement et disparaît, ne laissant plus guère comme trace de son passage qu'une grande impressionnabilité. D'autres fois, elle persiste avec toute son intensité jusque dans la vieillesse la plus avancée ; plus rarement enfin la maladie s'aggrave et la malade tombe dans la *cachexie*. Cette fâcheuse terminaison se produit lorsque les affections hystériques, soit par leurs siéges, soit par les douleurs excessives qui les accompagnent, empêchent le sommeil et la nutrition. Alors les fonctions de la vie végétative sont atteintes et la cachexie commence. Elle débute toujours par de l'anémie. Cette lésion du sang entraîne la pâleur, l'essoufflement et une

tendance aux hémorrhagies et aux hydropisies, qui se manifestent surtout à la fin de la maladie; l'amaigrissement se prononce et fait des progrès assez lents d'abord, plus rapides ensuite; les forces diminuent en même temps; l'exercice devient pénible, fatigant et bientôt impossible; les malades gardent presque constamment la chambre, et ce défaut d'exercice est une nouvelle cause d'aggravation de leur état.

Dans la forme commune, la marche des accidents est toujours lente : elle procède par des aggravations irrégulières et des périodes quelquefois très-longues, pendant lesquelles l'état reste stationnaire, ou même offre des améliorations plus ou moins marquées; aussi il est très-rare d'observer une terminaison par la mort. Seulement cet état cachectique est très-favorable au développement de certaines maladies, en particulier de la phthisie. Quelquefois cependant la cachexie se développe de plus en plus; les malades gardent le lit; privées de sommeil et d'alimentation, elles deviennent d'une maigreur squelettique, l'œdème se montre ou augmente, des taches de purpura apparaissent sur les membres, des eschares se montrent au sacrum, et la mort survient le plus souvent dans une syncope.

Les principales affections hystériques que l'on rencontre dans la forme commune sont : l'aliénation mentale, les douleurs, les paralysies, l'ataxie locomotrice, la chorée, les contractures, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, la léthargie et le carus, la boule hystérique, le spasme de la glotte et du diaphragme, les spasmes des sphincters, l'aboiement, la dyspnée, la toux, les palpitations, les syncopes, le goût dépravé, les vomissements, l'abstinence prolongée, les exhalations gazeuzes et les flux.

Nous décrirons seulement l'*analgésie* et l'*hyperesthésie*

qui sont d'une si grande importance dans le diagnostic de l'hystérie et qui ne trouveraient point leur place ailleurs.

Hyperesthésies ou *affections douloureuses*. Les affections douloureuses sont extrêmement variées dans l'hystérie; elles peuvent être divisées en hyperesthésie de la peau, des muqueuses, des muscles, des nerfs et des articulations.

1° *Hyperesthésie de la peau*. Elle est surtout manifeste après les attaques; elle peut occuper toute l'étendue de l'enveloppe cutanée, la moitié du corps ou seulement des points limités. Quand elle n'est pas universelle, l'hyperesthésie est plus fréquente du côté gauche.

2° L'hyperesthésie des membranes muqueuses n'a guère été observée qu'à la région génitale; elle persiste quelquefois dans ce point pendant de longues années, résiste opiniâtrement à tous les traitements, et chez certaines femmes rend l'union sexuelle tout à fait impossible.

3° *Hyperesthésie des muscles*. Cette affection douloureuse des muscles est constante dans l'hystérie; et, avant M. Briquet, elle était souvent confondue avec des névralgies et des viscéralgies.

Ces douleurs peuvent occuper tous les muscles, mais elles ont cependant des siéges de prédilection : l'épigastre, les muscles intercostaux, ceux de la gouttière vertébrale à la région cervicale, surtout du côté gauche.

A la tête, l'hyperesthésie des muscles simule des céphalalgies occipitales et frontales, et même, à un examen inattentif, elle peut être confondue avec des névralgies de la cinquième paire.

4° *Hyperesthésie des nerfs et des viscères*. Ce sont les névralgies et les viscéralgies hystériques.

Les principales névralgies hystériques sont les névralgies de la cinquième paire et celle des nerfs intercos-

taux; ce qui les distingue des myalgies, c'est, d'une part, de siéger sur le trajet des nerfs et, de l'autre, de présenter les points douloureux précisés par Valleix; elles sont périodiques ou continues. Chez un certain nombre d'hystériques, elles constituent l'affection principale.

Les viscéralgies constituent les céphalalgies, les gastralgies, les entéralgies, les néphralgies, les cystalgies et les hystéralgies hystériques. La céphalalgie et la gastralgie sont incomparablement plus fréquentes que les autres viscéralgies.

L'hystéralgie est rare au corps de l'utérus; elle est plus fréquente au col et présente dans ce cas un point extrêmement douloureux au toucher; ce point très-limité est habituellement situé du côté gauche.

Paralysies. Les paralysies hystériques se divisent en paralysies du sentiment, paralysies des sens et paralysies du mouvement.

1° *Paralysies du sentiment.* Ce symptôme présente deux degrés : l'*analgésie* ou la perte de la faculté de sentir les impressions douloureuses, et l'*anesthésie* ou la paralysie complète du sentiment.

A. *Analgésie.* La perte de la faculté de percevoir la douleur est un symptôme constant de l'hystérie. Seulement, ce symptôme existe dans d'autres maladies, dans les névralgies, par exemple, et cette circonstance lui ôte de sa valeur diagnostique.

L'analgésie, toujours plus marquée après une attaque, peut occuper toute la peau et les muqueuses accessibles à nos investigations; elle peut, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, être circonscrite à des points très-limités. Le moyen de constater ce symptôme consiste à enfoncer lentement une épingle ou une aiguille dans les différentes régions où on est certain de le rencontrer;

et, quand l'analgésie existe seule, sans complication d'anesthésie, la malade sent parfaitement un corps pointu s'enfoncer dans la peau, mais elle n'en éprouve aucune douleur. Souvent l'analgésie est limitée à la face superficielle du derme, et la malade, qui n'a éprouvé aucune douleur d'une piqûre superficielle, recouvre la faculté de percevoir la douleur quand l'aiguille atteint la couche profonde de la peau.

L'analgésie occupe des régions déterminées : les joues, la partie latérale du cou, les avant-bras surtout; mais le point où on rencontre constamment ce symptôme, et où nous avons l'habitude de le chercher tout d'abord, pour éviter aux malades des investigations désagréables, c'est la conjonctive oculaire, et en particulier la conjonctive de l'œil gauche. On est surpris de l'insensibilité de cette membrane, sur laquelle on peut promener soit une tête d'épingle, soit un corps mousse quelconque sans que les malades perçoivent la moindre sensation.

B. *Anesthésie.* L'anesthésie est un degré plus avancé du symptôme précédent; il occupe habituellement des régions déterminées, et se montre souvent sous forme d'*hémi-anesthésie.* Comme le précédent, il est plus marqué après une attaque d'hystérie. Ce symptôme peut être borné à la peau et aux muqueuses; mais, dans les cas intenses, il atteint les muscles et les os eux-mêmes. Alors, les pressions les plus fortes et les chocs les plus violents ne sont plus perçus par les malades.

Ce symptôme, quand il siége sur les extrémités inférieures, entraîne des désordres du mouvement qui ont une grande analogie avec l'*ataxie locomotrice.* Les malades, ayant perdu complétement le sentiment du contact, ne peuvent plus guider leur marche par les impressions que le sol communique à la plante du pied, et le sens de la vue est absolument nécessaire à la régula-

rité des mouvements. De là une impossibilité ou une difficulté extrême à marcher; des mouvements saccadés, désharmoniques, tantôt trop forts, tantôt trop faibles; et une perte complète de l'équilibre dans l'obscurité. Des désordres analogues ont lieu pour les mouvements exécutés par les mains, quand l'anesthésie siége aux membres supérieurs, et les malades deviennent maladroites et sont dans l'impossibilité d'exécuter aucun mouvement combiné quand elles sont privées du sens de la vue. Quand l'anesthésie est générale, on peut, après avoir bandé les yeux des malades, les enlever de leur lit et les coucher sur le plancher de leur chambre, sans qu'elles s'aperçoivent ni du mouvement de locomotion, ni de la différence de résistance et de température du lieu où on les a couchées.

C. *Perte de la conscience de la contraction musculaire.* Ce symptôme est toujours lié au degré le plus élevé de l'anesthésie du tissu musculaire.

La perte de la conscience de la contraction musculaire, jointe à l'anesthésie complète, met les malades dans un état bizarre et fort curieux à étudier. Ainsi, il ne reste à ces malades absolument que le sens de la vue, non-seulement pour guider leurs mouvements, mais pour les assurer que la contraction a ou n'a pas lieu; et, si on les prive momentanément de la vue, non-seulement on les met dans l'impossibilité de marcher ou d'exécuter le moindre mouvement coordonné, mais encore on a ce spectacle d'une malade qui croit exécuter des mouvements, tandis qu'elle reste dans l'immobilité complète. Dit-on à cette malade de serrer la main, elle croit la serrer, en effet, tandis que ses doigts restent étendus et immobiles. Si, lui rendant la vue, on lui dit de nouveau de serrer la main, elle regarde et exécute le mouvement demandé; mais, si, la privant de nouveau du seul sens

qui guide les contractions, on lui dit de lâcher la main qu'elle tient serrée, elle croit obéir à cet ordre et ouvrir les doigts, tandis qu'elle reste immobile dans la contraction, et y resterait indéfiniment, car l'anesthésie complète s'accompagne toujours de la perte de perception de la fatigue musculaire.

Forme convulsive. — Le caractère de cette forme est d'être constituée par des attaques convulsives; ces attaques, qui s'accompagnent de la perte plus ou moins complète de la connaissance, reviennent tantôt après des périodes régulières, tantôt après des périodes irrégulières.

Les hystériques atteintes de la forme convulsive présentent un tout autre type que celles qui sont prises de la forme commune. Ce sont de grosses filles brunes ou blondes, mais bien colorées et ayant quelque chose de l'apparence virile.

Cette forme débute ordinairement à l'époque de la puberté et finit à celle de la ménopause. Elle n'offre point cette multiplicité d'affections que nous avons étudiées à propos de la forme commune, et, dans les intervalles des attaques, les malades ne présentent qu'en très-petit nombre les souffrances nerveuses qui constituent une partie si considérable des autres formes de l'hystérie. Cette forme présente deux variétés : l'*hystérie convulsive* et l'*hystérie épileptiforme*.

1re *variété*. — *Hystérie convulsive. Prodrome des attaques*. Les attaques convulsives peuvent survenir tout à coup à propos d'une frayeur, d'un sentiment pénible, à la vue d'une souris, d'une grenouille, de ce qu'on appelle *la bête d'aversion*. Mais quand les attaques sont périodiques, elles surviennent sans causes occasionnelles et sont précédées de malaises divers. Ces prodromes sont

de la tristesse, une sorte d'inquiétude et d'impressionnabilité plus grande.

Les malades qui, lorsqu'elles sont éloignées du moment des attaques, ont à peine quelques traits des souffrances nerveuses les présentent alors à un haut degré. Leur sommeil est troublé, plein de rêves lucides et effrayants; elles éprouvent de la dyspnée, de la constriction à la gorge, des éructations, un gonflement à l'épigastre; et, comme signe très-prochain de l'attaque, de la céphalalgie et des vertiges. Il n'est pas rare d'observer une véritable *aura hysterica;* elle part le plus souvent de l'épigastre, de l'hypogastre ou d'une extrémité; elle donne presque toujours la sensation d'une *boule* qui remonte vers la gorge des malades, et, une fois là, les suffoque et leur fait perdre connaissance. La marche de cette *aura* est habituellement rapide, mais elle n'est jamais fulgurante comme dans l'épilepsie.

La perte de connaissance accompagnée d'un et le plus souvent de plusieurs cris aigus, stridents, succède très-promptement et quelquefois subitement à la strangulation.

Ce cri initial est soudain, saisissant; il a quelque chose du cri de la terreur, de la souffrance et de la colère. Il impressionne vivement les femmes, surtout celles qui sont hystériques; on les voit s'agiter et frémir sous l'impression de ce cri, et souvent il est pour elles l'occasion d'une attaque.

Avec le cri, l'attaque convulsive est commencée. Ce sont de grandes convulsions occupant simultanément les deux côtés du corps; elles sont caractérisées par des mouvements très-étendus, flexion et extension, abduction et adduction. Les mouvements de pronation sont plus rares, il en est de même des convulsions toniques, des spasmes tétaniques des membres qui n'apparaissent

qu'accidentellement et qui durent peu. Des mouvements analogues à ceux des membres se passent dans le tronc qui est alternativement redressé, étendu ou tordu dans les mouvements les plus violents. En même temps, la face présente des grimaces variables plutôt que de véritables convulsions. Grimaces exprimant la terreur, la colère, la joie ou quelque autre passion. Ces convulsions alternent souvent avec des mouvements coordonnés dans lesquels les malades s'efforcent d'arracher quelque chose qui les étrangle, qui les étouffe; elles changent de place, se lèvent et cherchent à s'échapper. D'autres fois elles sont prises d'une véritable fureur; elles se précipitent sur les assistants, essayent de les frapper ou de les mordre, et, quand elles ne réussissent point dans ce dessein, elles tournent leur colère contre elles-mêmes ou déchirent à belles dents les corps inanimés. Quand cette espèce de fureur hystérique s'ajoute à la dysphagie et à l'hydrophobie, ce qui est assez fréquent, les malades ressemblent à s'y méprendre à des enragés pendant leurs accès.

A tous ces désordres il faut ajouter les spasmes et les convulsions des muscles de la respiration; d'où bruit de grognement et d'efforts, cris, anhélation, palpitations violentes du cœur, rougeur extrême de la face, gonflement du cou, et quelquefois écume à la bouche.

L'attaque se termine par des pleurs, par des urines aqueuses et abondantes; quelquefois par un sommeil naturel; puis la malade revient à elle, ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé, au moins depuis le moment où elle a perdu connaissance. Elle est brisée de fatigue. Quelquefois cependant une sorte de soulagement et de bien-être succède à l'attaque convulsive.

Il arrive fréquemment qu'une attaque se compose de plusieurs accès semblables à celui que nous venons de décrire. Seulement la crise par les pleurs ou par les uri-

nes n'apparaît qu'après le dernier accès, après celui qui termine l'attaque. Entre chacun des accès la malade reprend connaissance, les mouvements convulsifs cessent complétement, mais les malades sentent bien que tout n'est pas fini, et le médecin peut juger à l'absence des crises habituelles, à un air d'hébétude et de souffrances empreintes sur la physionomie des malades, que d'autres accès vont bientôt se succéder.

Dans quelques cas rares les accès convulsifs se succèdent très-nombreux et très-rapprochés. Dans leurs intervalles, les malades ne reprennent pas toujours la connaissance ou ne la reprennent que d'une manière incomplète, et dans l'espace de vingt à trente-six heures on voit se succéder jusqu'à cent accès. Cet état peut, par analogie, être appelé *état de mal hystérique*.

L'attaque convulsive dure depuis un quart d'heure jusqu'à trois heures.

Cet *état de mal hystérique* peut se continuer pendant plusieurs jours avec des rémissions plus ou moins complètes.

L'intervalle ordinaire entre chaque accès constituant une attaque varie de vingt à cinquante minutes.

Les attaques surviennent à des époques assez rapprochées dans la forme convulsive. Elles sont régulières ou irrégulières dans leur retour; les premières reviennent habituellement tous les mois, quelquefois toutes les semaines, les autres sont très-fréquentes dans un temps et très-rares dans un autre.

Un dernier caractère des attaques convulsives sur lequel nous devons encore insister à cause de sa valeur séméiotique, c'est celui de n'apparaître que le jour ou plus exactement dans l'état de veille. Car les malades qui passent les nuits sont souvent prises de leur accès dans ce moment.

Indépendamment des crises habituelles que nous avons signalées à propos de la terminaison des attaques, une des affections déjà décrite dans la *forme commune* peut se manifester à ce moment-là; les plus fréquentes sont : l'aliénation, le somnambulisme, la catalepsie et la paralysie. C'est après les attaques de la forme convulsive qu'on a observé quelques cas très-rares de sueur de sang.

La *sueur de sang* est habituellement liée à l'aménorrhée; elle survient pendant les attaques convulsives et quelquefois dans des régions qui sont le siége de douleurs très-vives. Ces sueurs ne sont jamais générales; elles peuvent occuper un seul point, mais habituellement elles apparaissent dans toute une région et le plus souvent à la face. On la voit ordinairement au front sous forme d'une couronne ou bien comme une rosée sanglante sur une des joues, sur les paupières inférieures, vers les ailes du nez, les lèvres ou le menton. Si on essuie cette sueur de sang, on trouve la peau sans rougeur, sans lésion d'aucune sorte.

La sueur est assez abondante pour que dans certains cas on puisse recueillir quelques gouttes de sang.

2e *variété. Hystérie épileptiforme.* Cette variété est fort importante tant au point de vue de la médecine pratique qu'à celui de la nosologie. Elle constitue une maladie grave qui compromet très-sérieusement la santé des femmes qui en sont atteintes; et, par sa ressemblance avec l'épilepsie, elle a été la source d'une confusion entre cette maladie et l'hystérie convulsive.

Les convulsions de cette variété d'hystérie offrent pour caractère d'être principalement des convulsions toniques, des contractions tétaniques, ce qui leur donne l'aspect des convulsions épileptiques.

Prodromes. Nous ne répéterons pas ce que nous avons

dit des prodromes de la première variété. Les mêmes souffrances se rencontrent ici. Seulement, on doit noter comme étant plus particulièrement propre à la variété épileptiforme, la céphalalgie occipitale, le vertige, les aura, un sommeil initial, et enfin l'absence des prodromes, c'est-à-dire les attaques subites.

Attaques convulsives. Les malades perdent rapidement connaissance; et si elles sont debout, elles tombent sans pouvoir se retenir quand il n'y a pas de malaise précurseur. Si au contraire il y a quelques prodromes, elles se couchent pour éviter une chute. Nous l'avons déjà dit ailleurs, tous ces symptômes peuvent se succéder rapidement, mais ils ne sont jamais fulgurants comme dans l'épilepsie.

Habituellement, les malades poussent un cri aigu; elles perdent connaissance et la convulsion commence. Elle est tonique, violente; les membres sont portés dans la pronation forcée, les doigts sont dans la flexion, le pouce souvent renfermé dans la paume de la main. La face est rouge, vultueuse, très-rarement livide, mais jamais méconnaissable et d'un aspect terrible comme dans l'épilepsie; la respiration ralentie. Quelquefois il y a un peu d'écume à la bouche et des évacuations involontaires; enfin, pour achever la ressemblance avec l'attaque d'épilepsie, il n'est pas rare de voir les convulsions prédominer, pendant une partie de l'attaque, sur un côté du corps.

Mais tous ces symptômes se succèdent bien plus lentement que dans l'épilepsie; ils alternent avec du somnambulisme, de la catalepsie, des attaques convulsives à grands mouvements; ils ne durent jamais moins d'un quart d'heure, et ils peuvent se prolonger pendant une partie de la journée.

Ce que nous avons dit à propos de la première variété d'hystéries convulsives, de la multiplicité des accès, de

leur périodicité régulière ou irrégulière, de leur terminaison par des crises ou par des affections hystériques, peut s'appliquer à l'hystérie épileptiforme.

Forme bénigne. — L'hystérie de forme bénigne, au lieu de constituer, comme la forme commune et la forme convulsive, une maladie qui dure presque autant que la vie des malades; qui devient, en quelque sorte, un état habituel et très-difficile à guérir; l'hystérie de forme bénigne, disons-nous, est tout à fait accidentelle. Elle apparaît à l'occasion d'une cause évidente, se manifeste par une attaque convulsive ou non convulsive, quelquefois par une affection très-limitée; puis la cause disparaissant, la maladie guérit d'elle-même pour reparaître avec la même facilité à la première occasion. Dans cette forme, tant que les malades restent à l'abri de la cause occasionnelle, l'hystérie sommeille, pour ainsi dire, et reste complétement à l'état latent; aussi il arrive très-souvent que la première atteinte n'éclate que fort tard, après vingt-cinq et trente ans par exemple, tandis que dans les autres formes, les premiers accidents datent presque toujours de l'enfance ou de la puberté.

La forme bénigne peut donc sévir et sévit habituellement plusieurs fois chez la même personne; dans l'intervalle des récidives de la forme bénigne, les femmes ne présentent point ce nombreux cortége d'affections nerveuses, cet hystéricisme qui caractérise la forme commune. Dans l'hystérie de forme bénigne, la maladie guérit complétement et sans laisser de traces. Les femmes reprennent une santé complète, et il faut l'action intense et prolongée de la peur, mais surtout du chagrin, pour ramener une nouvelle atteinte de la maladie.

Forme grave. — La forme grave de l'hystérie menace

presque toujours l'existence des malades par la violence de ses affections, et c'est là un caractère suffisant pour la distinguer des autres formes dans lesquelles la vie n'est jamais compromise, au moins directement.

Cette forme est encore à l'étude; cependant nous avons des matériaux suffisants pour en arrêter les subdivisions et donner à grands traits l'histoire de chacune des variétés. Elle est constituée tantôt par un grand nombre de symptômes reliés entre eux par un mouvement fébrile incontestable, tantôt par une seule affection hystérique. Nous décrirons donc une première variété fébrile, et puis autant de variétés qu'il y a d'affections hystériques pouvant caractériser la forme grave de cette maladie, et, comme dans la fièvre pernicieuse, nous désignerons chacune de ces variétés par le nom de l'affection principale : hystérie gastralgique, arthritique, asphyxique, syncopale, etc.

Nous ne décrirons que les variétés sur lesquelles nous avons des renseignements cliniques.

1re *variété. Hystérie fébrile.* C'est la fièvre hystérique des auteurs et le nervosisme aigu de M. Bouchut. La maladie débute à propos d'un chagrin, ou survient à la suite d'une autre maladie, surtout si cette maladie a été accompagnée d'hémorrhagie et traitée par les évacuations sanguines. Le premier symptôme est un grand sentiment de faiblesse musculaire, accompagné d'une impressionnabilité nerveuse qui dès le début peut faire soupçonner la nature de l'affection. Les malades perdent l'appétit et sont bientôt obligées de garder le lit, en proie à un mouvement fébrile continu. Le pouls est faible, dépressible, facilement accélérable, et donne de 100 à 120 pulsations par minute; la peau est chaude, et cependant les malades sont sensibles au froid. Cette fièvre s'accompagne de céphalalgie, d'insomnie et de troubles gastriques, dont les

plus fréquents sont un enduit blanc jaunâtre de la langue, une inappétence complète et souvent des vomissements acides et bilieux. Cependant le ventre est souple et aplati, sans douleur, sans gargouillement; il y a une constipation plus ou moins opiniâtre.

La faiblesse s'accroît de jour en jour; les malades ne peuvent plus lever la tête de dessus l'oreiller sans éprouver des vertiges et craindre une syncpe. Des troubles cérébraux divers, du délire, des hallucinations, une finesse et une susceptibilité des sens extraordinaires, une hyperesthésie générale et locale, la pâleur des téguments, un amaigrissement considérable, s'ajoutent aux autres symptômes et caractérisent la maladie à sa période d'état. Nous devons signaler ici un symptôme peu important en lui-même, mais qui a une grande valeur diagnostique; c'est un ptyalisme tout particulier. Les malades crachotent continuellement une salive blanche et écumeuse. D'autres fois c'est une matière séreuse analogue à celle rendue par les femmes enceintes. Quelques-unes ont des sueurs très-abondantes, et souvent alors le mouvement fébrile revêt un type tierce ou quotidien qui simule la fièvre intermittente.

La maladie faisant des progrès, les vomissements cessent habituellement; mais la fièvre, la faiblesse et l'amaigrissement s'aggravent considérablement. Les malades refusent souvent de prendre même des boissons, et, après deux ou trois mois de souffrance, si un traitement approprié n'est pas appliqué, la mort vient terminer la maladie.

Tel est le tableau que présente le plus souvent l'hystérie fébrile; mais il faut savoir que cette forme de la maladie est excessivement variable dans ses expressions symptomatiques et s'attendre à rencontrer des cas qui offrent un tout autre aspect, grâce à la prédominance de telle ou telle affection. Cependant on trouvera toujours

comme caractère constant l'amyosthénie, les hyperesthésies, la surexcitation des sens et l'impressionnabilité hystérique. Je dois rappeler encore, comme symptôme caractéristique, les hallucinations, l'aliénation et le ptyalisme.

2° *Variétés convulsives.* La maladie éclate brusquement à la suite d'une cause énergique ; les accès de convulsion se succèdent sans interruption, il y a état de mal hystérique. Mais ce qui caractérise principalement la forme grave, c'est la prédominance et l'exagération d'un symptôme dangereux comme l'état apoplectique ou l'état asphyxique. Dans le premier cas, les malades reprennent de moins en moins leur connaissance entre les accès et elles tombent tout à coup dans l'état apoplectique avec résolution des membres et stertor. Dans l'autre cas, le spasme de la glotte et celui du diaphragme sont considérables, la suffocation est imminente, et la mort par asphyxie est très à redouter.

La durée de cette variété est extrêmement courte, elle n'est que de quelques jours.

3° *Variétés arthralgiques.* Dans cette variété la gravité de la maladie réside tout entière dans l'intensité et la persistance de la douleur.

Brodie, qui a étudié avec beaucoup de soin cette variété de l'hystérie, donne pour caractère à la douleur d'augmenter par le toucher et par le mouvement ; de ne pas siéger dans un point circonscrit mais de s'étendre à tout le membre et d'occuper principalement la peau, ce dont on peut s'assurer en pinçant celle-ci entre les doigts. Ce dernier caractère n'est pas constant, et très-souvent la douleur siége dans les muscles de la partie malade.

La persistance de cette affection amène l'insomnie, la perte d'appétit, l'amaigrissement, et conduit les malades à un état de désespoir violent qui les porte à recourir aux moyens les plus extrêmes, même l'amputation du mem-

bre douloureux, pour les délivrer de douleurs qu'elles ne peuvent plus supporter.

Les muscles qui entourent l'articulation douloureuse entrent dans un état de contraction habituelle, d'où des déformations qui, à la hanche, ont été souvent confondues avec des coxalgies. Brodie a noté dans ces cas un gonflement tantôt général, tantôt limité des parties malades, ne donnant pas le sentiment de la fluctuation, ne conservant pas l'impression du doigt, et comparable par sa consistance à une plaque d'urticaire d'une dimension extraordinaire.

4° *Variété gastrique*. Cette variété est extrêmement grave; elle est caractérisée par des douleurs atroces revenant sous formes de crampes, de brûlures alternant quelquefois avec un froid glacial. Les malades la comparent quelquefois à des coups de couteau, à des griffements et des déchirements. Dans le commencement de la maladie, elle disparaît quelquefois au moment du repas, mais elle augmente considérablement après. Bientôt la moindre parcelle de nourriture éveille cette douleur, qui persiste et augmente jusqu'à ce que l'aliment soit digéré ou vomi.

A ces douleurs succèdent l'anorexie, l'amaigrissement, le marasme et la mort.

5° *Vomissements incoercibles*. Dans cette variété, l'hystérie prend l'aspect des vomissements dits incoercibles. Nous y reviendrons en décrivant les souffrances de l'état de grossesse.

Enfin, il existe quelques observations isolées de *spasme de la glotte*, ayant déterminé la mort ou nécessité la trachéotomie; de *syncope* et d'*apoplexies mortelles*, de *douleurs péritonéales* avec vomissements, fièvre, affaissement général et toutes les apparences d'une *péritonite* véritable; mais ces observations sont en trop petit nombre et trop

dépourvues de détails pour que nous puissions faire l'histoire des variétés de l'hystérie auxquelles elles se rapportent. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur l'existence de toutes ces affections pour faire comprendre suffisamment quelle est l'étendue et l'importance de la forme grave de l'hystérie.

Traitement. — La *prophylaxie* de l'hystérie consiste à lutter contre l'influence héréditaire en confiant l'enfant à une nourrice autre que sa mère et en dirigeant son éducation morale et physique de manière à éviter le développement exagéré de l'*élément affectif* et de l'impressionnabilité. Deux règles suffisent à guider le médecin vers ce but: développer le système musculaire par la gymnastique, les bains froids, la vie à la campagne ; amoindrir le plus possible l'imagination et les impulsions animales par une éducation sérieuse.

La plupart des auteurs ont conseillé le mariage comme moyen prophylactique et curatif dans l'hystérie. M. Briquet a réagi contre cette opinion, soutenant qu'elle était le fruit de fausses doctrines qui ont régné sur l'hystérie jusque dans ces derniers temps (1). Nous devons nous arrêter un instant sur cette question, car elle a un intérêt pratique des plus considérables. Posons d'abord les faits qui doivent nous servir à la résoudre.

Il résulte des très-nombreuses recherches de M. Briquet, recherches faites à Saint-Lazare et à son hôpital, que les prostituées et les femmes de mœurs faciles, comme les domestiques, par exemple, fournissent un très-grand nombre d'hystériques.

Le même auteur a constaté l'excessive rareté de l'hystérie chez les religieuses qui gardent un célibat volontaire.

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeut. de l'hystérie.* Paris, 1859, in-8.

Ces deux ordres de faits établissent d'une manière incontestable que la surexcitation des organes génitaux est une cause d'hystérie, comme leur apaisement est une condition qui lutte heureusement contre le développement de cette maladie.

Faisant application de ce principe au mariage, considéré comme moyen prophylactique et curatif de l'hystérie, nous dirons que lorsqu'il existe chez une femme des désirs vénériens violents et que le mariage donne une satisfaction naturelle à ces désirs sans les surexciter, le mariage est vraiment favorable. Mais si le mariage n'est qu'une occasion d'excès, ou s'il n'est qu'une excitation de plus, sans satisfaction ou avec une satisfaction incomplète, il sera défavorable. Cette excitation sans satisfaction se rencontre quand un mari délaisse sa femme, soit par impuissance relative, soit par tout autre motif, ou quand il pratique l'onanisme conjugal. Dans ce cas, le mariage, loin de guérir l'hystérie, est souvent l'occasion de son développement, pour peu que la femme y soit prédisposée.

En résumé, l'apaisement des organes génitaux est la condition la meilleure pour éviter l'hystérie; le mariage est favorable toutes les fois qu'il procure cet apaisement; dans les cas contraires, il est défavorable.

Pour terminer avec cet ordre de causes, nous dirons que la grossesse et l'allaitement, pourvu qu'il ne soit pas trop prolongé, sont le plus souvent des conditions heureuses pour prévenir et guérir l'hystérie. Nous avons dit le plus souvent, parce qu'il y a quelques exemples dans lesquels la grossesse, par l'état d'anémie et de souffrance qu'elle détermine, a été la cause occasionnelle d'un premier accès d'hystérie.

Traitement de la forme commune. Ignatia et *tarentula* sont les deux médicaments principaux de l'hystérie. Les accès convulsifs et les affections si nombreuses de la forme

commune demandent d'autres médicaments que nous indiquerons ultérieurement.

Ignatia est indiquée par une tristesse douce avec pleurs involontaires, soupirs, dyspnée, tremblement des membres, constriction à la gorge. Ce médicament convient en outre aux gastralgies, aux douleurs lancinantes du front, de la racine du nez, aux paralysies, aux impulsions anxieuses et à la plupart des affections hystériques.

Tarentula est indiqué par les mêmes symptômes : tristesse, pleurs sans motif, mélancolie, rires alternant avec les pleurs, palpitations, météorisme, mais plus particulièrement : besoin de mouvement, de changer de place, besoin de pleurer avec agitation, chaleur brûlante alternant avec froid glacial, pieds constamment froids, terreur, anxiété précordiale, périodicité des souffrances.

Nous employons *ignatia* et *tarentula* de la 12e à la 30e. Ces deux médicaments nous ont donné des résultats assez constants pour que nous nous contentions d'énumérer les autres.

Valeriana et surtout *asa fœtida* sont indiqués par la boule hystérique ; *nux moschata* par l'état lipothymique ; *moschus*, par les spasmes des muscles de la glotte ; *stramonium*, par la trismus ; *platina*, *conium*, *aurum*, *lycopodium*, *natrum muriaticum*, rencontrent quelquefois une indication spéciale.

La *faradisation* est une médication d'une efficacité considérable contre les *douleurs* hystériques ; ce moyen convient aussi, mais à un moindre degré, dans les paralysies. L'hydrothérapie, les bains de mer par immersion, les voyages, sont d'un heureux secours.

Forme convulsive. — 1° *Accès convulsifs ordinaires*. Le médicament le mieux indiqué et par la pathogénésie et par l'expérience clinique est le *chloroforme* en inhalation.

Ce médicament, ainsi que l'*éther* dont l'action est fort analogue, a sur les autres médicaments l'avantage énorme d'agir presque instantanément. Cette rapidité d'action doit faire préférer le chloroforme et l'éther aux solanées vireuses, et même à *ignatia* et à *platina* qui sont aussi indiquées dans ce cas.

Le *magnétisme animal*, que, par une sorte de fausse honte, M. Briquet appelle la *fascination*, agit aussi d'une manière très-favorable et très-rapide contre les accès convulsifs. Seulement il doit être administré à faibles doses, sans cela il aggrave plutôt les convulsions.

Les lavements d'eau froide, les ingurgitations forcées et continues d'eau froide, sont des moyens qui jouissent d'une efficacité réelle.

L'existence d'une *aura* annonçant les accès fournit une indication toute particulière, c'est celle de détruire l'hyperesthésie locale qui est le point de départ des accès. La faradisation et des applications locales de chloroforme sont les deux moyens les plus efficaces pour remplir cette indication.

2° *Accès convulsif épileptiforme*. Indépendamment des moyens déjà indiqués à propos de la variété précédente, nous recommanderons particulièrement *calcarea*, *cuprum*, *ignatia*, *nux vomica*, *opium* et les *solanées*.

Forme grave. — 1° *Variétés fébriles*. Les lotions froides, les bains prolongés, l'aération, la promenade en voiture si la malade est transportable, la promenade à pied si elle peut se tenir debout ; autant de nourriture que la malade peut en prendre : tels sont les moyens qui, en général, ont réussi contre la fièvre hystérique.

Les médicaments indiqués sont, lorsqu'il existe des vomissements, *ignatia* et *nux vomica* ; des tendances à la syncope, *nux moschata* et *lycopodium*. *China* est aussi indi-

qué par l'état de faiblesse; enfin si la fièvre revêtait le forme intermittente, on serait autorisé à prescrire la sulfate de quinine à haute dose.

2° *Variété convulsive*. Quelquefois les moyens que nous avons indiqués contre les accès convulsifs des formes précédentes ne suffisent plus ici, et on se trouve en présence d'un état qui menace incessamment la vie des malades. Il faut se rappeler alors que *moschus* est le médicament qui agit principalement contre le spasme de la glotte et du diaphragme ; et, comme dans toutes les observations de la variété convulsive de l'hystérie grave, qui se sont terminées par la mort, cette fatale terminaison a été amenée par asphyxie, il ne faut pas manquer d'administrer ce médicament et d'en augmenter rapidement les doses.

ÉPILEPSIE.

Définition. — L'épilepsie est une maladie caractérisée, dans son complet développement, par des accès périodiques de perte subite et complète de la connaissance avec spasmes toniques et cloniques plus ou moins généralisés.

Un syndrome très-analogue accompagne souvent les tumeurs du cerveau : les convulsions symptomatiques de l'empoisonnement saturnin, de l'albuminurie, de la paralysie générale et de la démence, ressemblent davantage à l'*éclampsie*.

Division. — L'épilepsie présente trois formes à étudier : *forme commune, forme bénigne, forme maligne*.

Forme commune. — C'est elle qui sert de type à la description de la maladie ; elle répond à sa définition. Elle dé-

bute quelquefois par des vertiges et des accès incomplets qui vont sans cesse en s'aggravant; d'autres fois, le premier symptôme observé est une attaque violente et complète de *haut-mal*. Nous étudierons successivement le *vertige*, l'*accès incomplet* et l'*attaque complète*.

Vertige. Le *vertige épileptique* présente plusieurs degrés, mais il est toujours subit et extrêmement court. Il est caractérisé par la suspension instantanée de la connaissance, un voile noir passe sur les yeux. C'est le *vertigo tenebricosa* de Boerhaave. Quelquefois, il y a chute, mais le malade se relève aussitôt. Dans un degré moins avancé, le malade reste debout, l'intelligence disparaît pour un instant; il éprouve une *absence*, puis il continue l'occupation ou la conversation commencée. Le vertige épileptique s'accompagne très-souvent (Herpin incline à croire qu'il s'accompagne toujours) d'un spasme tonique très-limité (1). Ce spasme siége habituellement dans les muscles du pharynx et se traduit par un mouvement de déglutition à vide.

Le vertige épileptique laisse après lui de la tristesse, de l'angoisse morale et la crainte de devenir fou; il peut être suivi, comme les grandes attaques, d'une impulsion automatique au meurtre et au suicide.

Accès incomplets. Les accès incomplets présentent des variétés très-nombreuses. Au premier degré, ils consistent dans la contraction brusque et instantanée d'un petit nombre de muscles; le malade lance ce qu'il tient à la main ou frappe du pied par un mouvement involontaire; d'autres fois, le spasme se porte dans les muscles de la face et du cou : torsion de la tête d'un côté, strabisme; toujours, dans ce cas, il y a simultanément spasme du pharynx et mouvement de déglutition. A un degré plus

(1) Herpin, *Du Pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852, in-8.

élevé, les muscles de toute la région supérieure, inférieure ou latérale, sont le siége du spasme; la connaissance et les sens sont plus ou moins conservés; il n'y a ni cri, ni chute, ni coma consécutif; mais toujours spasme de la glotte et du pharynx; quelques signes d'asphyxie et quelquefois de l'écume à la bouche. Enfin, le degré qui touche à l'attaque complète ne diffère de cette dernière que par sa durée plus courte et par l'absence des convulsions qui suivent le spasme tonique.

Attaque complète. L'attaque d'épilepsie est dans un cinquième des cas environ précédée d'une *aura.* Ce phénomène bizarre et très-important au point de vue du traitement, consiste souvent dans un spasme d'un muscle isolé; d'autres fois, c'est une sensation vague, une douleur. L'aura siége souvent dans les membres et remonte alors vers le cerveau, où elle provoque l'attaque. D'autres fois, c'est une sensation viscérale : palpitation, crampe d'estomac, boule hystérique, pâlissement ou rougeur d'un doigt, bourdonnement étrange, son lugubre et mélancolique.

Quand le phénomène de l'aura est un peu durable, les malades sentent venir l'attaque, et s'ils ne peuvent la prévenir par la compression entre le point d'où part l'aura et le cerveau, ils peuvent au moins prévenir la chute en se couchant à terre.

Période tétanique. Cri subit, étrange, effrayant; perte de connaissance; spasme violent des muscles du tronc et des membres qui précipite brutalement le malade sur le sol, habituellement en avant; la face est pâle; la respiration et la déglutition sont suspendues par le spasme des muscles de la glotte et du pharynx; le corps et la tête sont inclinés d'un côté par la prédominance de la contraction musculaire à droite ou à gauche; les yeux et la bouche démesurément ouverts; les bras dans l'extension

et la pronation ; la main fermée ; le pouce habituellement dans la paume de la main. La durée de cette période est d'un quart de minute.

Période convulsive. La face du malade rougit, puis devient plus ou moins violette, par suite de la suspension de la respiration ; la roideur tétanique est remplacée par des convulsions cloniques, brusques, saccadées. Ces convulsions produisent dans les membres des mouvements très-énergiques mais peu étendus ; à la face, des convulsions qui ouvrent et ferment alternativement la bouche et les yeux ; les globes oculaires sont entraînés soit en haut, soit en dedans. En même temps, la convulsion des muscles de la respiration et de la déglutition produit le râlement, la déglutition bruyante, et plus souvent, l'expulsion par jet d'une salive écumeuse et teinte de sang par la morsure de la langue et des gencives. A ce moment, le facies épileptique est horrible. Le pouls est accéléré ; la peau couverte de sueur. Il y a souvent évacuation involontaire des urines dans cette période, dont la durée est de deux minutes.

Période comateuse. Quelques secousses tétaniques se montrent encore de loin en loin, mais le relâchement musculaire devient bientôt complet. Le coma est profond, la respiratien lente, profonde, stertoreuse ; les pupilles dilatées ; le pouls, revenu à son type normal ; la face, moins colorée. Cette période, produite par l'asphyxie et due au contact du sang noir avec le cerveau, dure environ huit à dix minutes.

Période de sommeil. Le malade sort du coma hébété, courbaturé, la tête douloureuse, n'ayant nul souvenir de ce qui s'est passé pendant son attaque ; quelquefois il divague, mais bientôt il s'endort d'un sommeil profond, réparateur, et qui dure plusieurs heures. A son réveil, il conserve de la fatigue, du mal de tête, de l'inappé-

tence, mais il reprend promptement son état habituel.

Les attaques comprennent quelquefois plusieurs accès; dans ce cas, après la période de coma, la période tétanique reprend, et le malade a ainsi deux ou trois accès.

Quand les accès ont été très-violents, il se produit autour des yeux et des oreilles, sur la face et jusque sur le cou, de petites taches rosées qui jaunissent les jours suivants comme des echymoses et donnent à la face une coloration jaunâtre éclatante caractéristique.

Dans la forme commune de l'épilepsie, les attaques se reproduisent irrégulièrement. D'abord éloignées de plusieurs mois et même d'une année et plus au début de la maladie, elles se rapprochent et restent habituellement fixées à 12 ou 15 par an. Chez les femmes, elles reviennent souvent à la période menstruelle, tantôt elles ont lieu le jour, tantôt la nuit; certains malades ont presque toujours des accès nocturnes.

La santé est bonne dans l'intervalle des accès, les vertiges sont rares dans cette forme, et souvent il est impossible de constater la moindre diminution dans les fonctions intellectuelles; mais presque toujours le caractère devient plus difficile et les épileptiques sont généralement portés à la violence. Quelques-uns, sous l'influence du traitement ou d'un changement de régime, voient leurs attaques s'éloigner beaucoup et même guérissent tout à fait, ce qui est extrêmement rare.

La mort arrive quelquefois par la suite d'un *accident:* chute d'un lieu élevé, brûlure, asphyxie lorsque, pendant une attaque, la face se trouve enfoncée dans un oreiller. La mort arrive aussi par une attaque violente dans la période asphyxique ou comateuse; par une suite d'attaques répétées; *état de mal* que nous décrirons dans la forme maligne. Enfin, beaucoup d'épileptiques succombent à une maladie intercurrente.

Forme maligne. — Elle est caractérisée par la tendance des attaques à se rapprocher, par des vertiges ou de l'aliénation entre les attaques ; par une mort plus rapide ; par une terminaison constamment mortelle.

Dans une variété de cette forme, les grandes attaques sont très-rares. Les malades n'ont que des vertiges. C'est le *petit-mal,* mais ces vertiges vont sans cesse en se rapprochant ; en même temps, les facultés intellectuelles s'éteignent, et les malades périssent dans une démence complète avec des vertiges continuels.

Dans une autre variété, les attaques vont sans cesse se rapprochant et les malades périssent en *état de mal* épileptique. L'état de mal est caractérisé par la succession non interrompue d'accès d'épilepsie pendant un ou plusieurs jours. La période comateuse n'est pas plus tôt terminée que la période tétanique recommence, et la maladie ressemble beaucoup à l'éclampsie. C'est après les accès violents et répétés qu'on observe quelquefois de l'*hémiplégie.*

Dans une dernière variété, les attaques sont suivies immédiatement d'aliénation. Cette aliénation est ou de la *manie* ou une *impulsion automatique.* La manie est toujours furieuse et avec une agitation violente. L'impulsion conduit souvent au meurtre et au suicide. L'aliénation peut se manifester dès la première attaque (Calmeil) et dès l'enfance (Trousseau, un cas à 4 ans).

Forme bénigne. — Le caractère de cette forme est de présenter des attaques isolées et habituellement provoquées par une cause évidente ; elle a une grande tendance à la guérison.

Cette forme est très-rare ; elle ne se présente pas plus de 4 ou 5 fois sur 100 épileptiques. Quelques malades n'ont qu'une seule attaque provoquée par une peur, la vue

d'un épileptique, un excès, le premier coït, la première menstruation. D'autres ont des accès toutes les fois qu'ils s'enivrent. Chez quelques-uns, la maladie est liée à une autre affection : la présence d'une tumeur douloureuse, des accès de coliques néphrétiques, des dents cariées et douloureuses (Fovilla), et fréquemment à une affection vermineuse. Ces différentes affections étant guéries, l'épilepsie cesse complétement.

Signes pathognomoniques. Avant de quitter l'histoire des symptômes de l'épilepsie, rappelons les signes que le médecin doit toujours avoir présents à l'esprit pour distinguer cette maladie de l'*hystérie convulsive* et de l'*éclampsie*. L'*instantanéité* est le caractère commun à tous les symptômes épileptiques. La durée de l'aura et des convulsions est extrêmement courte et ne peut être comparée avec celle des phénomènes analogues dans l'hystérie. La morsure de la langue, les urines involontaires, les mouvements de déglutition, la chute sur la face, la perte subite de la connaissance, l'absence de fièvre, sont des signes pathognomoniques.

Anatomie pathologique. — Elle est presque nulle. On a signalé comme constante la dilatation des capillaires artériels de la moelle allongée et un épaississement des parois de ces capillaires. Nous sommes porté à croire que le bulbe et les parties situées à la base du cerveau sont bien le siége de l'attaque d'épilepsie ; puisqu'une excitation de ces régions par un courant d'induction produit un état tout à fait analogue à l'attaque épileptique, même en l'absence des lobes cérébraux. En outre, la physiologie enseigne que les phénomènes convulsifs peuvent être produits par deux états opposés : l'*anémie* et la *congestion* du bulbe. Mais nous ne savons pas lequel de ces deux états produit les convulsions dans l'épilepsie.

Etiologie. — L'*hérédité* et la *consanguinité* jouent ici le même rôle que dans les autres névroses ; il est démontré que les *constitutions chétives* et *scrofuleuses* sont plus exposées à l'épilepsie que les autres. La *femme* paraît plus fréquemment atteinte que l'homme. L'*âge* où on observe le plus souvent le début de la maladie est de 10 à 30 ans; après 70 ans, la fréquence, qui avait beaucoup diminuée depuis 30 ans, augmente de nouveau. La première *menstruation* est souvent l'occasion de la première attaque d'épilepsie.

Les *excès vénériens* et *alcooliques*, la *masturbation*, sont des causes qui favorisent le développement de la maladie.

L'*ivresse* et surtout la *frayeur* sont les deux causes occasionnelles le plus fréquemment observées. L'ivresse du père pendant la conception, la frayeur de la mère pendant la grossesse, sont des circonstances étiologiques fort importantes. Le *chagrin* agit quelquefois comme cause occasionnelle.

Les attaques d'éclampsie de la première enfance disposent à l'épilepsie dans une proportion qui serait de 5 0/0 éclamptiques.

Traitement. — L'épilepsie résiste d'une manière décourageante à la plupart des méthodes de traitement ; et encore, le petit nombre de succès annoncés doit être bien restreint si on retranche avec soin les cas d'éclampsie et les cas d'épilepsie bénigne. Néanmoins, il existe un certain nombre de guérisons authentiques et un nombre plus grand d'améliorations par éloignement des attaques. Ces deux circonstances doivent nous engager à poursuivre courageusement l'étude du traitement de l'épilepsie.

Les principaux médicaments indiqués par la loi des semblables sont : *belladona*, *calcarea*, *causticum*, *sili-*

cea, cicuta, cuprum, lachesis, opium, plumbum, æthusa cynapium. Bufo, salamandra, tarentula, sont trois médicaments nouveaux qui ont donné un certain nombre de guérisons; il en est ainsi des médicaments suivants: *hyosciamus, ignatia, arsenicum, lycopodium, mercurius, cocculus.cina* et *stramonium; stannum* est plutôt indiqué dans l'*éclampsie* pendant la dentition.

Belladona est un des principaux médicaments; il est indiqué quand l'*aura* donne la sensation d'une souris qui court le long d'un membre ou d'une chaleur qui remonte de l'estomac; quand elle consiste dans un trouble de la vue ou de l'ouïe. Les convulsions partielles des mains indiquent encore ce médicament. La *belladone* correspond aux vertiges et aux grandes attaques; elle compte un certain nombre de guérisons. *Hyosciamus* est très-analogue à la *belladone* et a été aussi employé avec succès.

Cuprum est le médicament qui a donné le plus de guérisons; son emploi dans l'épilepsie est traditionnel et sa pathogénésie correspond tout à fait aux symptômes épileptiques: vertiges avec perte de la vue; spasmes du pharynx avec accumulation de salive dans la bouche; torsion de la tête; cris comme le croassement d'une grenouille; accès de convulsions avec chute et perte de connaissance; écume à la bouche avec ou sans cris.

Nitri acidum correspond au *vertigo tenebricosa* et aux attaques d'épilepsie nocturne avec *aura* consistant en un sentiment de reptation dans le côté gauche.

Calcarea carbonica et *causticum,* indiqués, par Bœninghaüsen, comme les deux médicaments principaux de l'épilepsie, ne présentent cependant, dans les pathogénésies de Hahnemann, qu'un petit nombre de symptômes qu'on puisse rattacher à l'épilepsie. Pour le *calcarea,* nous trouvons accès instantanés de vertige; accès de perte de connaissance sans convulsion. Pour *causticum:* vertiges

divers ; accès de convulsions après le sommeil, mais sans perte subite de connaissance. Un symptôme plus caractéristique est le spasme du pharynx, suivi du mouvement de déglutition. Ces deux médicaments ont été employés avec succès surtout après *belladona* ou *hyosciamus*.

Opium a donné des guérisons dans l'épilepsie nocturne ; il a fait cesser l'*état de mal* ; il convient contre la période comateuse trop longtemps prolongée et encore contre les accès de fureur avec impulsion automatique qui succède aux attaques. — *Cocculus* convient aussi dans ce dernier cas.

Plumbum et *æthusa cynapium* sont indiqués par l'*état de mal* beaucoup plus que par des attaques isolées d'épilepsie.

Les cas de guérison assez nombreux que nous avons relevés dans la *clinique de Roth* ont presque tous été obtenus par la 30e dilution, administrée une seule fois à longues périodes, quinze jours, trois semaines et plus.

Bufo et *salamandra* alternés ont donné des succès qui doivent encourager les médecins à poursuivre l'étude clinique de ces deux médicaments.

ÉCLAMPSIE.

L'éclampsie est une névrose caractérisée par des attaques qui diffèrent de l'épilepsie par une plus grande prédominance des convulsions cloniques, et, habituellement, par une marche plus aiguë et une durée beaucoup moins longue.

L'éclampsie a été confondue avec l'épilepsie par un grand nombre de médecins et décrite sous le nom d'*épilepsie aiguë*.

Cette confusion s'explique facilement si l'on considère que la forme apyrétique, quand elle se prolonge, est très-difficile à distinguer de l'épilepsie et qu'elle se transforme quelquefois en cette maladie.

Des convulsions tout à fait analogues à celles de l'éclampsie se développent comme affections symptomatiques dans un grand nombre de maladies : méningite de la première enfance ; encéphalite circonscrite du cerveau, paralysie générale, démence, empoisonnement par le plomb, l'æthusa, le coriaria, etc., et enfin, dans toutes les maladies caractérisées par la présence de l'albumine dans l'urine. Peut-être sera-t-il démontré, un jour, que l'*éclampsie essentielle*, c'est-à-dire celle qui survient pendant la dentition et la grossesse, tient à une modification de l'organisme très-analogue à l'albuminurie.

L'éclampsie présente deux formes : la *forme commune* et la *forme apyrétique*.

Forme commune. — Elle est caractérisée par un mouvement fébrile fort intense qui précède et accompagne les convulsions; elle présente deux *variétés :* éclampsie des *enfants*, éclampsie des *femmes*, pendant l'*état puerpéral*.

1° *Eclampsie des enfants*. Un enfant en travail de dentition est pris de malaise, de céphalalgie et de vomissements; presque aussitôt la fièvre s'établit, caractérisée par une chaleur considérable, un pouls très-fréquent et *vibrant*. Après quelques heures de ce mouvement fébrile, les convulsions éclatent, précédées quelquefois d'un cri initial : le regard devient fixe; la face rougit; les yeux et la bouche sont pris de convulsions cloniques, les membres sont le siége de mouvements violents et alternatifs de flexion et d'extension entremêlés de pronation exagérée.

Les *convulsions toniques* interviennent irrégulièrement; elles immobilisent la face dans une contraction horrible; fixent l'œil dans le strabisme; entraînent la tête dans la flexion ou la rotation; maintiennent dans une extension forcée les membres inférieurs; dans la flexion, mais surtout dans la pronation exagérée, les membres supérieurs, la main fermée, le pouce incarcéré dans la paume de la main. En même temps, les muscles du tronc sont pris des mêmes désordres : les convulsions cloniques produisent la respiration précipitée, l'écume à la bouche; les convulsions toniques immobilisent le thorax, ferment spasmodiquement la glotte, produisent l'asphyxie commençante et la turgescence de la face. Les convulsions toniques, les spasmes, dominent toujours sur les muscles respirateurs. Le grand caractère des convulsions éclamptiques, c'est d'être beaucoup plus prononcées d'un côté du corps, ce sont des *hémi-convulsions*.

Pendant l'accès convulsif, le pouls s'accélère de plus en plus, devient très-petit, et finit par disparaître. La respiration est pénible, suspirieuse, accompagnée de plaintes saccadées pendant l'expiration.

La pupille se contracte au début de l'accès et reste contractée tout le temps de sa durée; mais, si les symptômes asphyxiques sont très-prononcés, elle se dilate.

Après l'accès convulsif, le malade tombe dans le *coma*. Le pouls est encore agité, la respiration plaintive; de loin en loin quelques mouvements convulsifs isolés, dans un muscle de la face ou des membres; grande agitation; quelquefois hallucination effrayante et délire.

Le plus souvent, la maladie est constituée par un seul accès; l'esprit s'éveille peu à peu, le pouls tombe, la peau devient fraîche et tout est fini. D'autres fois, la connaissance revient complétement, mais le mouvement

fébrile continue et le malade a un second et même un troisième accès, à quelques heures de distance.

A un degré plus élevé, les accès se succèdent à intervalles très-courts, recommençant toujours par la fixité du regard et les convulsions des muscles de la face. L'attaque est alors constituée de la manière suivante : convulsions, coma, retour de la connaissance, puis retour de la convulsion. Les accès sont *subintrants*.

Dans un degré encore plus élevé, les malades ne reprennent pas connaissance dans l'intervalle des accès ; il y a successsion continue de convulsions et de coma ; c'est l'*état de mal* éclamptique. Quelquefois, dans l'intervalle des grandes convulsions, on voit apparaître des accès incomplets, de *petites convulsions*.

La *durée* de la maladie est de quelques heures à quelques jours, en comptant depuis le début de la fièvre. La durée de l'accès convulsif varie de cinq minutes à une demi-heure. Quand il y a succession d'accès, la période comateuse se prolonge douze, vingt-quatre et même quarante-huit heures.

La *terminaison* est presque toujours heureuse ; quelquefois il reste une hémiplégie habituellement passagère, mais cependant persistante, dans quelques cas rares ; plus rarement encore, les facultés intellectuelles restent diminuées.

La *mort* arrive par asphyxie lente, par suffocation quand il y a spasme de la glotte ; par syncope. Très-rarement une hémorrhagie méningée amène la mort par compression cérébrale.

2e *variété. Eclampsie des femmes en état puerpéral.* Elle diffère de celle que nous venons de décrire par une plus grande intensité. L'*état de mal* est habituel dans l'éclampsie puerpérale. Cette variété est extrêmement grave ; elle se termine fréquemment par la mort ; elle

est souvent liée à la présence de l'albumine dans les urines.

Forme apyrétique. — Cette forme est caractérisée par le retour à période irrégulière d'accès d'éclampsie ; par l'absence de fièvre ; par une durée relativement longue, qui atteint souvent deux et trois semaines, et exceptionnellement plusieurs mois.

Le plus souvent, le même sujet présente, pendant le cours de la maladie, plusieurs variétés d'accès : *grandes convulsions, petites convulsions* et *accès incomplets*.

Les *grandes convulsions* ressemblent à celles que nous avons décrites dans la forme commune, seulement, elles ne s'accompagnent point de fièvre.

Les *petites convulsions* sont bornées à un membre, le plus souvent à la face, mais toujours il y a spasme de la glotte : d'où teinte violacée des lèvres et quelquefois écume à la bouche. Dans un degré même avancé, la connaissance est conservée ; enfin, quelquefois tout se borne à quelques tressaillements convulsifs dans un membre.

Les accès avec conservation de la connaissance prennent le nom d'*accès incomplets*.

Cette forme d'éclampsie est compatible avec les apparences de la santé ; elle se transforme quelquefois par degrés insensibles en véritable épilepsie.

Lésions. On trouve les signes de la mort par asphyxie lente ou par suffocation. Les lésions propres à l'éclampsie ne sont pas encore bien déterminées. La physiologie expérimentale indiquerait une lésion de la *moelle allongée* ; congestion ou anémie. Le plus souvent on rencontre une forte congestion des membranes et de la face convexe des hémisphères ; quelquefois une hémorrhagie arachnoïdienne. Cette hémorrhagie constitue un kyste siégeant le plus souvent au niveau de la face pariétale ; ce kyste, plus

ou moins adhérent au feuillet pariétal de l'arachnoïde, peut toujours en être séparé (Ozanam) en laissant la séreuse, ou plutôt la couche épithéliale qui la remplace, parfaitement intacte. Le sang de ce kyste subit les transformations habituelles, remplacé d'abord par de la sérosité, il est resorbé complétement après un temps variable.

Etiologie. — Les enfants d'une même famille sont sujets aux convulsions. Les mères hystériques ont souvent des enfants atteints d'éclampsie.

L'éclampsie survient surtout pendant la première dentition, rarement pendant la seconde. Les filles y sont plus exposées que les garçons.

L'éclampsie puerpérale se manifeste pendant l'accouchement, mais elle peut éclater dans tous le cours de la grossesse. J'en ai observé un cas, suivi de mort, pendant le premier mois.

L'insolation, les émotions morales, même celles de la nourrice, les indigestions surtout, sont des causes occasionnelles puissantes de l'éclampsie.

Traitement. — *Prophylaxie.* La prophylaxie consiste à éviter les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes, les seules sur lesquelles nous ayons quelque action sont le choix de la nourrice et le sevrage. On devra rejeter avec soin les nourrices qui présentent quelques symptômes d'hystérie, celles qui ont été sujettes à la chorée ou qui présentent actuellement des tics ou des signes évidents d'une névrose quelconque.

Le sevrage prématuré a aussi sur la production de l'éclampsie une influence fâcheuse, soit par la cessation de l'alimentation naturelle à cet âge, soit parce qu'il

conduit à donner aux enfants en bas âge une nourriture trop forte, qui devient l'occasion d'indigestion fréquente.

Il est peu de maladies dans lesquelles les causes occasionnelles jouent un rôle aussi important que dans l'éclampsie. Les enfants et les femmes en état de grossesse et de parturition devront donc être entourés de toutes sortes de précautions, afin de leur éviter l'action de ces causes. Ces précautions devront, pour l'enfant, s'étendre jusque sur la nourrice, puisqu'elle peut, par l'intermédiaire de son lait, communiquer à son nourrisson l'influence des causes de l'éclampsie. On doit se rappeler que, pour les enfants surtout, les causes occasionnelles principales sont les indigestions et les douleurs. L'insolation et les émotions morales sont des causes communes aux femmes grosses et aux enfants.

Comme médication prophylactique, nous conseillons pour les enfants l'usage fréquent des bains tièdes, la liberté du ventre et l'usage de la camomille à la 6e dilution.

Pour les femmes enceintes, les bains ont aussi une certaine influence préservatrice. On doit y joindre un exercice modéré; un régime qui exclut les excitants, le café et principalement le vin; il faut éviter la constipation. La belladone à dose homœopathique remplace ici la camomille.

Forme commune. Période de prodromes. Les médicaments principaux sont : *aconitum, chamomilla, belladona. ipeca, æthusa.* Les bains tièdes conviennent aussi à cette époque de la maladie.

Accès convulsifs isolés. Belladona, hyosciamus, stramonium, æthusa, ignatia, cina.

Convulsions continues ou *état du mal éclamptique.* Les précédents et, de plus, le *chloroforme,* la *compression des carotides.*

Coma trop prolongé. Opium et *zincum;* quelquefois les révulsifs prompts et énergiques, comme le marteau de Mayor.

Forme apyrétique. Accès complet. Les mêmes que précédemment, de plus *calcarea, cuprum, mercurius, stannum, tarentula.*

Accès incomplet, c'est-à-dire convulsions partielles avec conservation de la connaissance. *Cina, platina, stramonium.*

Aconitum est indiqué avant les convulsions contre le mouvement fébrile avec forte chaleur. Pouls grand et fréquent, forte soif et agitation.

Belladona, hyosciamus, stramonium et *æthusa* conviennent pendant les prodromes fébriles, contre les accès isolés et pendant l'état de mal. Ils répondent à l'insolation comme cause occasionnelle, aux hallucinations effrayantes et à la dilatation des pupilles comme symptômes accessoires, aux convulsions épileptiformes avec perte de connaissance.

Belladona convient mieux si la face est très-rouge et si les carotides battent fortement.

Hyosciamus est indiqué par une salivation abondante, par les convulsions qui changent de côté, par les secousses isolées dans les membres pendant l'intervalle des attaques, par l'état de mal avec pâleur de la face.

Stramonium est indiqué par la prédominance des convulsions toniques, la difficulté de la parole et de la déglutition; une chaleur ardente, un pouls petit, vite, fréquent et irrégulier; une soif qui fait boire beaucoup à la fois.

Ces trois médicaments sont encore indiqués lorsque les convulsions sont rappelées par un simple attouchement, par la vue d'un objet brillant, par l'action de boire. C'est surtout *hyosciamus* dans les convulsions rap-

pelées par l'action de boire, et c'est *stramonium* qui convient le mieux quand les convulsions sont excitées par un simple attouchement. Ce caractère des convulsions du *stramonium* joint à la prédominance des spasmes toniques rapproche beaucoup ces médicaments de l'*ignatia*, dont il sera question un peu plus loin.

Æthusa cynapium est indiqué par une face bouffie et marbrée de rouge, par le ballonnement du ventre, un pouls petit, dur et fréquent, *la peau conservant sa température naturelle*. Les convulsions de l'*æthusa* diffèrent de celles produites par les solanées, parce qu'elles ne semblent pas être provoquées par le contact, la vue des objets brillants, et l'action de boire; mais ce point de la pathogénésie de l'*æthusa* est encore douteux.

La *coriaria myrtifolia*, qui est encore très-peu étudiée, doit être rapprochée de l'*æthusa cynapium*; elle serait indiquée principalement dans l'état de mal éclamptique avec prédominance des spasmes toniques; par une sorte de tétanos, mais avec perte de connaissance.

Le *chloroforme* se rapproche beaucoup des médicaments précédents. Il convient seulement dans l'état de mal et est indiqué par un pouls très-fréquent, très-petit ou insensible.

Chamomilla est indiqué surtout pendant la dentition et à la suite d'une colère. C'est un médicament des prodromes et des convulsions isolées, les joues pâles, ou une joue rouge et l'autre pâle; la diarrhée semblable à des œufs brouillés caractérise son action.

Ignatia répond aux suites d'un chagrin. Les convulsions sont surtout toniques avec beaucoup de tremblement. Le spasme de la glotte est très-prononcé. Elles sont excitées par l'attouchement, le changement de position, le bruit, la surprise; elles s'accompagnent d'accès fréquents de chaleur et de rougeur de la face.

Ipeca convient à la suite d'indigestion, au début de la maladie surtout, lorsque la peau reste froide.

Opium, à la suite d'une peur; mais surtout contre le coma prolongé, avec facies rouge, tuméfié, respiration stertoreuse, apparence apoplectique; il convient surtout chez les femmes en couche.

Zincum dans les mêmes cas, mais plutôt chez les enfants et si le coma est interrompu par des cris aigus (*iarh*).

Plumbum, encore mal étudié, nous semblerait convenir dans cette période comateuse.

Calcarea convient davantage dans la forme apyrétique causée par une dentition laborieuse et retardée; les accès surviennent surtout la nuit et ressemblent à ceux de l'épilepsie.

Mercurius convient dans la forme apyrétique. Il est indiqué par une diarrhée verdâtre, le ballonnement du ventre, le prurit du nez. La clinique de Trousseau contient un cas remarquable de guérison par *calomelas* à dose excessivement faible.

Cina, platina, stramonium et *tarentula* conviennent aux accès incomplets. Le premier est surtout indiqué par les convulsions partielles de la face, par les symptômes vermineux, par la toux convulsive, la colique avec diarrhée. *Platina* répond à des convulsions plus étendues avec prédominance du trismus et de spasmes toniques, pâleur après l'accès, conservation de la connaissance pendant les convulsions.

Stannum, dans des cas analogues, mais avec rougeur de la face et chaleur brûlante de la peau. *Tarentula*, tremblement; mouvements choréiformes.

Ces médicaments doivent être administrés à dilution moyenne, 3 à 12, dissous dans l'eau, par cuillerée, tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou à des in-

tervalles plus éloignés, suivant l'intensité des accidents.

Le *chloroforme* sera administré par inhalation, de la manière suivante. Un flacon débouché est maintenu sous les narines pendant quelques inspirations, puis éloigné et rapproché de nouveau. L'effet produit par l'inhalation sert de guide pour sa durée ; si les convulsions sont diminuées ou augmentées, on doit interrompre un instant; si elles ne sont pas modifiées, on doit élever la dose, c'est-à-dire la durée de l'inhalation. On suspend le chloroforme quand l'accès est passé. On y renonce s'il est sans effets sur les convulsions.

Je dois à ce moyen des succès très-nombreux.

La *compression des carotides* se fait du côté opposé à celui où prédominent les convulsions; ce moyen ne doit pas être prolongé au delà d'une minute. On peut y revenir souvent, mais il faut y renoncer s'il ne suspend pas les convulsions.

L'affusion froide sera donnée doucement sur la tête, le reste du corps étant plongé dans un bain tiède. Quelques médecins donnent une affusion froide sur tout le corps. On pourrait tenter ce moyen quand il y a encore les chances d'une bonne réaction et que l'*état convulsif* résiste aux autres moyens. Le marteau de Mayor doit être appliqué dans l'état de coma prolongé avec asphyxie croissante, quand l'hydrothérapie n'est plus praticable et que les médicaments sont restés sans effet.

L'éclampsie développée à la fin de la grossesse présente une indication particulière : l'accouchement prématuré et la délivrance rapide.

L'incision des gencives pourra être tentée quand la douleur causée par une dent prête à sortir sera la cause de l'éclampsie.

La chambre des malades doit être aérée, la température fraîche. La boisson se compose d'eau fraîche, les

vêtements et les maillots doivent être complétement relâchés; les malades sont tenus à une diète absolue tant que l'état convulsif persiste. Dans la forme prolongée, qui peut durer plusieurs semaines, il faut se contenter d'une alimentation légère.

TÉTANOS.

Définition. — Le tétanos est une névrose caractérisée par la contracture permanente des muscles de la face et du tronc.

Le siége de la contracture qui n'occupe jamais *primitivement* les extrémités, et sa permanence, distinguent le tétanos de la contracture essentielle.

Division. — Cette maladie présente à étudier deux formes : *tétanos spontané* et *tétanos traumatique*. Le tétanos des *nouveau-nés* est dû à la ligature du cordon et rentre dans le tétanos traumatique. Comme le tétanos traumatique ne diffère du tétanos spontané que par une plus grande gravité, nous ne décrirons que le premier qui est de beaucoup le plus fréquent.

Prodromes. La maladie s'annonce souvent par une inquiétude vague, de l'insomnie, avec des douleurs de tête accompagnées de vomissements. Le malade éprouve des bâillements spasmodiques et quelquefois un petit mouvement fébrile. En même temps la plaie se sèche, devient enflammée et douloureuse.

Début. Le début est marqué par la contraction des muscles de la nuque et de la mâchoire (trismus). Le cou devient roide, douloureux, un peu renversé en arrière; les mâchoires s'écartent difficilement; les masséters sont

durs et font relief. Le tétanos est déclaré et va arriver promptement à sa *période d'état.*

Période d'état. Le plus souvent ce sont les muscles de la partie postérieure du tronc et ceux de la face qui sont le siége de la maladie. Le malade est roide, renversé en arrière, les traits de la face contractés. De temps en temps surviennent des paroxysmes; la contracture augmente considérablement, s'accompagne de douleurs atroces, semblables à celles de la crampe. Pendant ces paroxysmes le tronc se renverse fortement en arrière; le corps ne repose plus que sur les talons et sur l'occiput; les yeux sont immobiles, largement ouverts; la bouche agrandie; les lèvres, écartées, laissent à découvert les dents fortement serrées; la contraction des muscles respiratoires immobilise le thorax et ajoute à toutes ces douleurs les angoisses de l'asphyxie; le sommeil est impossible; la contraction des masséters et souvent celle du pharynx empêchent la déglutition; de sorte que le malade est tourmenté par la faim et surtout par la soif. Ces paroxysmes sont d'autant plus longs et d'autant plus fréquents que la maladie est plus grave. Une émotion, un mouvement spontané ou communiqué, un effort de déglutition, un simple attouchement, un bruit un peu fort, suffisent pour amener un paroxysme.

La contraction ne prédomine pas toujours sur les muscles extenseurs du tronc; de là plusieurs variétés de tétanos. Celle que nous venons de décrire a reçu le nom d'*opisthotonos;* quand la contraction siége sur les muscles fléchisseurs et tend à courber le corps en avant, c'est l'*emprosthotonos;* le *pleurosthotonos* est la variété dans laquelle la contracture prédomine d'un côté du corps. Enfin quelquefois les extenseurs et les fléchisseurs sont atteints également, et le corps est roide comme une planche, sans inclinaison bien sensible.

Cette maladie parcourt habituellement toutes ses périodes sans fièvre et sans phénomènes cérébraux. Le pouls s'accélère pendant les paroxysmes, et dans leur intervalle il est ralenti.

Marche. — Durée. — Terminaison. La marche de la maladie est aiguë; sa durée courte; sa terminaison habituelle est la mort (236 sur 246, Valleix). Hippocrate disait que la mort arrivait toujours avant le quatrième jour. Elle peut avoir lieu en douze heures ou après deux septénaires; mais presque toujours avant le dixième jour. Elle est beaucoup plus rapide chez le nouveau-né. Elle a lieu de deux manières : le plus souvent le rapprochement et la longueur des paroxysmes déterminent l'*asphyxie*, et quelquefois une *suffocation* immédiate; dans quelques cas rares la maladie se prolonge et la mort a lieu autant par épuisement que par asphyxie. Si la maladie doit guérir, les paroxysmes s'éloignent, la déglutition se rétablit, le sommeil revient, puis les contractures disparaissent peu à peu, laissant quelquefois comme phénomène consécutif des rétractions musculaires.

Lésions. Quelques médecins ont trouvé à l'autopsie l'inflammation du nevrilème des nerfs venant de la plaie, inflammation propagée jusqu'aux enveloppes de la moelle; mais cette lésion n'est pas constante.

Étiologie. — Ce sont surtout les plaies par piqûre, déchirure et écrasement des extrémités qui donnent lieu au tétanos; les plaies par armes à feu quand elles sont compliquées d'esquilles et de corps étrangers; les ligatures du cordon sont encore dans ce cas. La maladie peut débuter presque immédiatement après la blessure, quand celle-ci est très-douloureuse. L'observation donne trois heures et trois semaines après la plaie comme époque extrême du développement du tétanos. Cette maladie est

plus fréquente dans le sexe masculin, chez les hommes vigoureux, dans les pays intertropicaux, en été, et sur la race nègre.

Les causes occasionnelles sont les nuits très-froides après des journées chaudes, les émotions morales, les indigestions, les excès alcooliques.

Traitement. — *Prophylaxie.* Panser les plaies de manière à combattre la douleur et l'inflammation; débrider à propos, retirer les esquilles et les corps étrangers, éviter aux blessés les émotions, les fatigues et le froid.

Les médicaments principaux sont : *angustura spuria, nux vomica, opium* et *belladona.*

Angustura et *nux vomica* correspondent aux contractures permanentes des muscles de la face et du tronc, avec paroxysme, secousse comme électrique, au moindre mouvement et même par le simple attouchement. Ces deux médicaments présentent donc, l'*angustura* surtout, l'image parfaite du tétanos. Ils sont administrés en première ligne, à la 12e dilution, une cuillerée toutes les deux heures. La clinique de Roth contient une observation de tétanos traumatique chez un nègre, guéri par *angustura.*

Opium est aussi un médicament tétanique, l'allopathie a obtenu des guérisons par des doses énormes (5 à 50 grammes en douze heures). Quand l'opium sera indiqué par la coloration de la face et la somnolence, on pourra l'employer aux mêmes doses que la noix vomique. Enfin il existe quelques cas de guérison par *belladona.* Ce dernier médicament est surtout indiqué au début par le trismus et la contracture des muscles de la nuque. *Stramonium* est indiqué dans les mêmes circonstances. Ce médicament contient bien plus de symptômes tétaniques que la *belladone.*

Les expériences avec le *curare* sont encore trop récentes et trop contradictoires pour qu'on puisse prescrire ce médicament avec sécurité. Les inhalations du *chloroforme* constituent seulement un moyen palliatif; les *grands bains tièdes* soulagent les malades.

Quand le tétanos se prolonge, il faut tâcher d'alimenter les malades; la sonde œsophagienne est souvent nécessaire. Il fau tentourer le malade du plus grand calme possible.

CHORÉE.

La chorée est une maladie essentielle, caractérisée par des contractions involontaires, désordonnées, non rhythmées, s'aggravant à propos de chaque mouvement volontaire, et accompagnées d'un affaiblissement proportionnel de la contractilité musculaire.

Ce mélange de mouvements volontaires et involontaires caractérise la chorée et la distingue de la convulsion, qui est caractérisée par des mouvements assez réguliers d'extension et de flexion alternatifs, et qui supprime tout mouvement volontaire; de l'ataxie locomotrice, qui ne présente ni paralysie de la contractilité, ni mouvement désordonné aussi étendu; de la *chorée rhythmique*, caractérisée par une convulsion clonique très-limitée et très-régulière.

La chorée essentielle se présente sous deux formes : *forme commune* et *forme grave*.

Un trouble des mouvements très-analogue à la chorée survient quelquefois à titre d'affection symptomatique dans l'hystérie, dans la folie et dans le rhumatisme articulaire.

Forme commune. — C'est elle qui a servi de type à la description de la maladie, c'est la chorée de Sydenham.

Prodromes. — La mobilité du caractère, une certaine irritabilité, joint à un grand besoin de mouvement qui empêche les enfants de rester en place, sont les symptômes précurseurs les plus constants de la chorée.

Début. La maladie débute habituellement par la face, quelquefois par les mains. Quand le malade veut parler ou quand on fixe son attention, sa figure grimace. Quelques jours après, il devient maladroit, et accompagne le moindre mouvement de gesticulations bizarres. La chorée est d'abord plus marquée d'un côté que de l'autre; il y a *hémi-chorée*, et les malades traînent une jambe en marchant.

Période d'état. La maladie arrive bientôt à sa *période d'état* et présente le tableau suivant : la généralité des muscles est envahie; les malades ont un air stupide et niais; ils font des grimaces continuelles. Les mouvements volontaires sont tellement troublés par les contractions cloniques qu'ils ne peuvent plus se servir de leurs membres; les mouvements sont brusques, saccadés, disproportionnés avec le but à atteindre, et toujours trop étendus. Si le malade veut boire, il saisit fortement son verre; puis, après l'avoir violemment porté dans les directions les plus diverses, tantôt il en jette le contenu au loin, d'autres fois il s'en inonde la figure, et, s'il parvient à le porter à sa bouche, c'est par un mouvement violent et irrégulier, dans lequel il réussit plus souvent à se blesser qu'à satisfaire sa soif. La démarche est toute particulière; le malade avance par un mouvement saccadé et irrégulier, qui a quelque chose de la *boiterie*, et qu'un préjugé enraciné, créé par le mot *danse de Saint-Guy*, a seul pu faire comparer à une danse. Il n'y a rien de régulier, de cadencé, ni de rhythmique dans la démarche

chancelante du malheureux choréique. Les muscles de la langue, du pharynx et du larynx sont envahis dans cette période de la maladie, et produisent un trouble notable dans la déglutition et dans la phonation.

Le désordre des mouvements prédomine tantôt dans un membre, tantôt dans un autre; il s'aggrave par toutes les émotions, et à l'occasion des mouvements volontaires; ils disparaissent complétement pendant le sommeil, ce qui est un signe diagnostic important.

Pendant cette période, le caractère est habituellement irascible, les malades sont enclins à la tristesse et à la peur; quelques-uns sont d'une gaieté extravagante; il y a une diminution constante de la mémoire et de l'attention. Les hallucinations signalées par quelques médecins n'existent que chez les hystériques. La voix et l'ouïe sont souvent affaiblies; la face alternativement rouge et pâle; la pupille dilatée. Il y a de la céphalalgie, quelquefois de l'anorexie, d'autres fois de la boulimie; le sommeil persiste et les malades n'éprouvent pas de fatigues de leurs mouvements désordonnés; il n'y a pas de fièvre, mais quand les mouvements sont très-répétés, un peu de chaleur à la peau et de fréquence de pouls; il existe souvent des douleurs vagues dans les membres, qu'il ne faut pas prendre pour des rhumatismes.

Terminaison. La maladie se termine habituellement par la guérison, après une *durée* de six à huit semaines. Les symptômes décroissent graduellement, en ordre inverse de leur apparition, la régularité des mouvements revenant d'abord aux membres inférieurs.

La maladie peut passer à l'*état chronique*, et, après quelques années, elle devient tout à fait incurable. Dans ce cas, l'intelligence reste quelquefois amoindrie.

Quelquefois la maladie laisse comme symptômes con-

sécutifs des *tics;* plus rarement une hémiplégie ou une diminution notable de l'intelligence.

Récidive. Dans cette maladie, les *récidives* sont fréquentes. Habituellement les attaques vont en diminuant, cependant c'est quelquefois le contraire.

Forme grave. — Elle est caractérisée par une marche plus rapide, par des mouvements choréiques continuels, en dehors de tout mouvement volontaire, par une excessive gravité.

Elle débute comme la forme commune, mais la fréquence des mouvements involontaires augmente rapidement : ils se généralisent et deviennent si intenses que la station et le sommeil deviennent impossibles.

Les malades, en proie à des mouvements continuels, se heurtent les membres et sont souvent jetés hors de leur lit. La peau, irritée par des frottements incessants, rougit et s'ulcère. La déglutition presque impossible, l'absence de sommeil, jettent le malade dans un état de dépérissement considérable ; aussi, après une durée de deux ou trois semaines, si un traitement convenable ne vient pas arrêter la maladie, une fièvre intense survient et la mort arrive par un des mécanismes suivants :

Tout à coup les symptômes s'aggravent considérablement, la fièvre est très-violente; les malades sont pris d'un délire continuel et ils succombent avec les symptômes de la *méningite*. D'autres fois, ce sont des *convulsions générales* ou le *tétanos* qui surviennent dans les derniers jours de la maladie. Quand la terminaison est aussi violente, la *durée* totale de la maladie ne dépasse pas deux ou trois semaines.

D'autres malades succombent plus lentement : ils meurent épuisés par la fièvre, par les eschares et par de vastes suppurations. Cette fièvre ultime, qui s'accompagne sou-

vent de diarrhée, a été comparée par Trousseau à la fièvre des brûlures générales.

Anatomie pathologique. — Des autopsies, faites avec le plus grand soin, n'ont permis de constater aucune lésion spéciale à la chorée. La suspension des mouvements pendant le sommeil inclinerait à penser que la moelle épinière n'est pas le siége des mouvements choréiques; l'intégrité des fonctions intellectuelles prouve que les circonvolutions ne sont pas atteintes. La pathogénésie de cette maladie est donc presque complétement à faire.

Étiologie. — La chorée est une maladie de la seconde enfance et qui ne survient que très-exceptionnellement à un autre âge. Cependant, les femmes enceintes et les nourrices sont quelquefois affectées de chorée. L'*état puerpéral* rapproche la femme de l'enfant pour la chorée comme pour l'éclampsie. Le *sexe féminin* présente trois fois plus de cas que l'autre (374 filles sur 132 garçons, Roth). L'hérédité joue ici le même rôle que dans les autres névroses. Les *climats* froids et tempérés comptent plus de choréiques que les climats chauds. Cette maladie est complément inconnue aux Antilles. La chorée éclate souvent sans *causes occasionnelles* appréciables. Les émotions morales, la frayeur surtout, sont celles qui ont été signalées le plus souvent.

La chorée a des rapports importants à étudier avec d'autres maladies. Le zona, la petite vérole, la rougeole, la scarlatine, favorisent le développement de la chorée. Les rapports de cette maladie avec l'*endocardite* et le *rhumatisme articulaire* ont été beaucoup exagérés, parce qu'on a compté comme rhumatisme toutes les douleurs articulaires et qu'on n'a pas distingué de la chorée l'*arachnitis rhumatismale* avec mouvement choréiforme. Si la

chorée existe depuis longtemps quand débute le rhumatisme, celle-ci, d'abord excitée par la fièvre, s'apaise et guérit avec le rhumatisme; mais, quand les deux affections sont contemporaines ou à peu près, la chorée n'est pas modifiée, et dure autant que le rhumatisme; et si cette maladie se termine par la mort, les mouvements choréiques persistent jusqu'à la fin. Ces deux lois, posées par Germain Sée, ne nous semblent pas invariables.

Traitement. — *Tarentula, stramonium, belladona, ignatia, cocculus, cuprum,* sont les principaux médicaments dans la *forme commune*. Tous ces médicaments produisent une agitation continuelle; des mouvements bizarres, avec paralysie incomplète; prédominance des désordres musculaires d'un côté du corps; augmentation de l'agitation par le mouvement volontaire ou une émotion morale; diminution par le repos, cessation par le sommeil : tous ont donné des guérisons incontestables; mais *tarentula* est celui qui nous a le plus souvent réussi. L'école allopathique a obtenu de beaux succès avec le sirop de strychnine.

Calcarea, mais surtout *causticum* et *iodium* doivent être essayés dans la *forme grave* quand *tarentula*, *stramonium* et *ignatia* auront échoué. *Causticum,* indépendamment du mouvement choréiforme, contient les symptômes suivants : parole bégayante; paralysie incomplète du côté gauche; convulsions jour et nuit (Jahr).

Iodium contient, avec les troubles des mouvements caractéristiques de la chorée, le mouvement fébrile avec pouls filiforme qui accompagne la forme la plus grave.

La teinture d'iode et l'iodure de potassium ont donné des succès entre les mains des allopathes.

La gymnastique, la danse, la marche cadencée, en un mot tous les exercices qui exigent des mouvements bien

coordonnés, sont d'un bon secours dans le traitement de la chorée.

SOMNAMBULISME.

Le somnambulisme essentiel est une névrose caractérisée par un sommeil morbide, pendant lequel le malade parle, agit, tombe en extase, en catalepsie ou en convulsion, comme dans le somnambulisme magnétique. Cette maladie procède par accès, et le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant les accès.

Le somnambulisme essentiel présente quatre formes à étudier :

1° Le somnambulisme proprement dit ;

2° Le somnambulisme convulsif ;

3° Le somnambulisme cataleptique, ou *catalepsie ;*

4° Le somnambulisme acrobatique, généralement décrit sous le nom de *chorée saltatoire.*

Toutes ces formes présentent des degrés ou variétés qui, comme dans toutes les névroses, présentent une grande diversité.

Le somnambulisme pathologique est souvent symptomatique de l'hystérie ; il présente dans cette maladie des variétés nombreuses et plus ou moins analogues à celles du somnambulisme essentiel.

I. Du somnambulisme proprement dit.— Cette variété du somnambulisme est caractérisée par l'exécution, pendant le sommeil, d'actes de la vie intellectuelle et animale, qui, dans l'état de santé, ne se produisent que pendant la veille. Cette variété survient toujours pendant le sommeil naturel, et c'est là le caractère de cette forme. Le

malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Au milieu du sommeil le malade se lève, marche avec sûreté dans l'obscurité la plus profonde, souvent les yeux fermés ; il monte et descend les escaliers, ouvre les portes, va au loin, monte à cheval, quelquefois passe par des endroits périlleux et toujours avec beaucoup plus d'audace et d'adresse que dans l'état de veille. Louyer-Villermay rapporte l'observation d'un homme qui accomplissait l'acte conjugal pendant l'accès de somnambulisme. D'autres fois, le malade écrit et se livre à un travail intellectuel qui dénote une grande surexcitation cérébrale. D'autres fois, mais plus rarement, il parle, soit spontanément, soit lorsqu'on l'interroge, et ses discours comme ses écrits témoignent d'une certaine supériorité relative à ce qui existe pendant l'état de veille. Cette supériorité existe surtout pour deux facultés, l'*imagination* et la *mémoire*. Ainsi, le malade se rappelle des langues dont il a perdu l'usage ou des morceaux autrefois appris par cœur. Souvent il lui arrive d'improviser en vers ou en prose, et dans un style qui ne lui est pas habituel en dehors des accès.

L'accès se termine habituellement par la substitution insensible du sommeil physiologique au sommeil morbide, et le lendemain le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Souvent il ressent une légère courbature et un peu de céphalalgie. D'autres fois, l'accès est interrompu brusquement par un réveil accidentel. Alors le malade ahuri ne comprend rien à sa situation. Si ce réveil a lieu dans un lieu difficile, il peut être précipité ou être dans l'impossibilité de repasser, pendant l'état de veille, dans les endroits où il a passé étant endormi,

Tel est le somnambulisme simple qui présente de nombreux degrés, depuis le malade qui s'assied dans son lit

et répond quelques mots jusqu'à celui qui escalade les murs, va au loin, écrit, compose, prophétise, etc.

II. Somnambulisme convulsif. — Cette forme est caractérisée par des accès de convulsions cloniques générales, soit seulement au début de l'attaque, soit renouvelées plusieurs fois pendant sa durée. Elle survient quelquefois pendant un sommeil naturel; mais le plus souvent pendant un sommeil morbide. Voici les principaux traits de cette forme :

Très-souvent, à l'occasion d'un excès de table, ou après une émotion morale ou une surexcitation quelconque, le malade s'endort, puis au bout de quelques minutes le sommeil est interrompu par des accès convulsifs extrêmement violents, qui ont la plus grande ressemblance avec les grandes attaques d'hystérie. Ce sont de grands mouvements d'extension et de flexion des membres, des mouvements de totalité du corps; les convulsions ne prédominent pas d'un côté, il y en a très-peu à la face, il n'y a point de spasmes de la glotte ni du pharynx.

Après ces convulsions, dont le durée est variable, le malade se met à parler haut et avec suite. Quelquefois les discours des malades sont très-variés, d'autres fois, c'est une longue narration d'événements qui les ont beaucoup impressionnés et qu'habituellement ils tiennent secrets; souvent ils répondent aux questions qui leur sont posées par les assistants. Quelquefois les convulsions reparaissent surtout si on les tourmente et si on veut les faire changer de lieu. Dans certains cas j'ai vu, lorsque les malades étaient trop fortement contrariés, éclater une véritable fureur, avec lutte et tendance à frapper. L'accès se termine par un sommeil plus ou moins court, qui semble naturel; puis les malades reviennent à eux sans conserver aucun souvenir de ce qui s'est passé.

J'ai observé des malades dont les accès commençaient toujours de la même manière, par la même pose, les mêmes gestes, les mêmes convulsions, le même délire.

III. De la catalepsie. — La catalepsie est une affection morbide caractérisée par un sommeil morbide (*sopor, soporis detentio, coma vigil*) pendant lequel les malades sont dans une immobilité complète (*congelatio*) et gardent indéfiniment les positions communiquées. Dans le développement complet de la maladie, il y a toujours suspension complète de la connaissance.

Ce symptôme si bizarre de l'immobilité cataleptique dans la situation où l'accès a *saisi* le malade ou dans celles qu'on lui communique; cette faculté que possèdent les malades de conserver indéfiniment (dans les accès complets) les situations les plus fatigantes, tient à la perte de la conscience de la contraction musculaire qui soustrait cette fonction à la volonté, et en même temps à une anesthésie profonde qui détruit le sentiment de fatigue.

La catalepsie peut survenir comme affection symptomatique dans le cours de l'hystérie, dans la folie, et très-incomplétement dans la méningite, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les vers intestinaux, les fièvres intermittentes; mais la catelepsie essentielle est de beaucoup la plus fréquente, et, à l'inverse de l'hystérie, elle sévit beaucoup plus fréquemment chez l'homme.

Elle présente quatre variétés : la *variété commune*, l'*extatique*, la *somnambulique* et l'*incomplète*.

1° *Variété commune*. Quand les symptômes précurseurs existent, ils consistent dans de la céphalalgie, de la roideur des paupières, du cou, de la mâchoire; mais principalement dans la lenteur des réponses, l'engourdissement de l'intelligence et une tendance marquée au sommeil.

Les *aura* venus de l'estomac et de l'hypogastre ne s'ob-

servent que dans la catalepsie hystérique. Quelquefois l'accès débute brusquement sous l'influence d'une émotion morale violente, sous l'influence de la frayeur, de l'horreur ou de la crainte. Le malade est saisi brusquement par la maladie et reste comme pétrifié dans la position où l'accès le surprend, sa figure exprimant encore la passion qui a été l'occasion de l'accès.

Mais le plus souvent l'accès survient lentement, le malade s'endort peu à peu, et bientôt il présente avec l'immobilité une anesthésie complète. C'est seulement quand cette anesthésie est complète, quand les malades sont insensibles à tous les excitants, que se manifeste la faculté de conserver les positions communiquées.

La face est ordinairement un peu rouge, l'œil ouvert; le malade reste complétement immobile dans les situations où on le place; la respiration est lente et peu profonde; le pouls lent et faible; la calorification au-dessous de l'ordinaire et les excrétions complétement suspendues. Il existe habituellement un peu de trismus.

Dans les cas plus intenses, la respiration et le pouls sont insensibles et il y a *mort apparente* (un moine fut enterré vivant; — voir, dans Puel, l'histoire du médecin de Montmorency).

L'accès dure depuis une demi-heure jusqu'à plusieurs jours, puis le malade fait quelques inspirations profondes, s'étire, s'éveille et reste tout étonné de ce qui vient de lui arriver; du reste il n'en conserve aucun souvenir.

Les accès se répètent ainsi pendant longtemps, quelquefois après des causes occasionnelles, quelquefois sans cause, à des intervalles habituellement irréguliers et quelquefois à des intervalles réguliers. Quelques malades conservent comme phénomènes consécutifs des contractions et des paralysies transitoires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

2° *Variété somnambulique*. Dans cette variété, l'accès cataleptique se combine avec un accès de somnambulisme ordinaire, l'immobilité s'interrompt à un certain moment; le malade parle, tient des discours suivis, quelquefois avec une éloquence relative; il chante, il récite des vers, il répond aux questions des personnes présentes, surtout si les personnes lui prennent la main (autre point de contact avec le magnétisme animal). Dans cet état le malade marche avec sécurité dans les lieux difficiles et totalement obscurs, il ouvre les portes, écrit comme dans la forme commune du somnambulisme.

L'accès se termine de deux manières : le plus souvent l'état cataleptique reparaît et se termine comme dans la variété précédente, d'autres fois l'accès se termine par un sommeil qui semble naturel.

Dans tous les cas dont nous possèdons l'observation, les phénomènes de paroles et de déambulation se reproduisaient identiques à chaque accès.

3° *Variété extatique*. Dans cette variété, les malades conservent la situation dans laquelle ils se sont endormis, mais ils ne gardent point les poses communiquées. Les malades immobiles, l'air inspiré, l'œil ouvert, dans l'attitude de la contemplation ou de la prière, semblent ravis par une pensée intérieure. Cependant ils ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant leur attaque, et Tissot avait raison de considérer comme des fourbes les cataleptiques qui racontaient les pensées dont ils avaient été occupés pendant l'attaque.

On voit de suite les analogies et les différences qui existent entre l'extase cataleptique et l'extase des illuminés. Cependant, on trouve dans la plupart des auteurs une confusion regrettable sur ce point et une description fantaisiste de l'extase, empruntée à la vie des saints, des grands hommes et des illuminés, le tout confondu avec

l'extase cataleptique, l'extase de l'hystérie, celui de la folie et des empoisonnements.

4° *Variété incomplète*. Les accès incomplets existent au début et à la fin de la maladie, alors que celle-ci doit se terminer par la guérison. La connaissance est alors plus ou moins conservée, et les phénomènes d'anesthésie et d'immobilité sont moins complets.

Dans certains cas, l'accès est borné à quelques symptômes isolés avec conservation entière de la connaissance. Telles sont les observations de catalepsie bornées à un côté du corps, ou même à un seul membre, à un bras par exemple.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique et périodique; sa *durée* extrêmement variable, puisqu'elle peut être bornée à un seul accès et que Puel rapporte une observation de 1,200 accès. La plus longue durée observée a été de huit ans. Les accès durent ou quelques minutes ou quelques heures. Bourdin a observé un cas où l'accès a duré un mois et Sarlandière un autre d'une durée de quatre mois.

La *guérison* est la terminaison habituelle de la catalepsie. Une *autopsie*, faite avec soin par Rostan, a démontré l'absence de lésion.

Les circonstances *étiologiques* à noter sont l'*hérédité*, l'influence du *sexe masculin* qui serait considérable si on défalquait tous les cas de catalepsie hystérique; l'*âge*. La fréquence la plus grande de la maladie est de 10 à 30 ans. (Sur 94 cas, 64 cas de 11 à 30 ans. Puel.)

Enfin, les accès sont plus fréquents le jour, et les émotions morales sont des occasions puissantes du développement des accès. La foudre, d'après Bourdin, semble aussi exercer une influence accidentelle sur leur production.

IV. Corybantisme ou acrobatisme. — La chorée saltatoire que nous avons proposé d'appeler *corybantisme* ou *acrobatisme* pour la distinguer nettement de la chorée avec laquelle elle ne présente aucune analogie, est une affection extrêmement rare et fort mal étudiée ; — il semble que les médecins qui ont eu l'occasion d'observer cette maladie, aient été distraits de l'étude sérieuse de ses symptômes et de sa marche par la bizarrerie même des phénomènes qui la constituent; presque tous restent étonnés vis-à-vis des tours d'acrobate exécutés par les malades, et les décrivent très-minutieusement; mais très-peu s'occupent de décrire le commencement et la fin des accès, la succession des symptômes et les rapports qui peuvent exister entre cette affection et les névroses.

La lecture des observations nous a convaincu qu'un certain nombre de ces cas curieux devaient être rapportés à des affections vermineuses mais principalement à l'hystérie ; le plus grand nombre nous a paru indépendant de toute autre maladie et constitue par conséquent une espèce morbide. — Cette espèce morbide est caractérisée : 1° par des accès pendant lesquels les malades sont pris, non de convulsions, mais de mouvements parfaitement coordonnés, extrêmement violents et rapides; mouvements de danse, de culbute, de saut, semblables à ceux des acrobates : 2° par un sommeil pathologique qui marque le début des accès et rattache cette maladie au somnambulisme pathologique. Le sommeil *magnétique* est noté expressément dans les observations de *Kerner* et de *Devar*. (Observations 64 et 66 de Roth. *De la Musculation irrésistible*.)

Début. L'accès débute par la lourdeur de tête, la lenteur des réponses, le regard devient vague, puis les yeux se ferment, la face se colore légèrement, la tête s'incline sur l'une des épaules ou sur la poitrine, le corps s'af-

faisse, la respiration s'accélère, le sommeil est profond; puis, après quelques minutes de ce sommeil, tout à coup le malade se lève et avec une agilité surprenante s'élance sur le haut d'un meuble, il se livre aux sauts les plus extravagants; puis, se jetant à terre et s'y tenant étendu, il roule avec rapidité d'une extrémité à l'autre de la chambre, et après quelques minutes de cet exercice il se relève tout d'une pièce comme par un ressort; alors il se renverse en arrière, ne touchant la terre que par les pieds et le sommet de la tête, ou bien il prend une position inverse; quelquefois dans cette position ou en équilibre sur un pied, il tourne avec une rapidité vertigineuse; enfin le corps s'affaisse de nouveau, puis l'accès cesse sans laisser aucun souvenir au malade qui, seulement, reste brisé et courbaturé de tous ces mouvements. Sauf la fatigue, l'appétit et le reste de la santé semblent conservés.

Cette maladie attaque surtout les adolescents des deux sexes, elle se communique par l'exemple; sa durée n'est pas bien connue. Au début, chez quelques malades, les accès ont été incomplets et bornés à un sommeil pathologique, les symptômes d'acrobatisme ne sont survenus qu'après quelques jours ou même après quelques semaines.

L'existence de ce sommeil pathologique, la nature même des désordres musculaires qui se rapprochent des mouvements produits par le magnétisme, la catalepsie qui existe chez quelques malades à certains moments de l'accès, sont autant de raisons qui nous ont porté à faire de cette affection singulière une forme du *somnambulisme pathologique*.

Traitement. Les médicaments indiqués dans le traitement du somnambulisme pathologique, sont : *cicuta*

virosa, mercurius, belladona, hyoscyamus, stramonium, chamomilla, aconitum, bryonia, phosphorus, silicea.

Cicuta est un des principaux remèdes, il est indiqué par les phénomènes pathogénétiques suivants : fixité du regard sur un seul objet, vue indistincte; perte de la vue, sommeil (hypnotisme), immobilité, pouls lent (Hahn.: 37, 38, 39, 40, 41), immobilité, perte complète du sentiment, respiration insensible (183, 184, 172).

Mercurius. Apparence de sommeil, perte de connaissance, pouls insensible, chaleur normale, immobilité; l'esprit revient au bout d'une heure, la parole au bout de douze heures (35 et 282). Elle se frotte les tempes et les joues des deux mains et tombe sans connaissance (1017). (Cette manœuvre est fréquente chez les malades atteints de somnambulisme, on dirait qu'ils se magnétisent eux-mêmes.) Immobilité générale, sorte d'état cataleptique (101 par le cinnabre), impossibilité de faire le moindre mouvement, quoique les assistants la remuent (1016), les yeux se ferment involontairement (115-117), syncope qui dégénère en sommeil (1056-7).

Bryonia. État de somnambulisme (682); elle quitte le lit et ouvre la porte comme si elle voulait sortir (687); elle parle distinctement mais précipitamment avec des personnes absentes (692).

Phosphorus. La nuit il parle et il crie en dormant (1,801). Jahr note le somnambulisme.

Silicea. Il parle souvent en dormant (1109), et rit aux éclats (1135), et se lève, monte sur les chaises et les tables (1139). Somnambulisme (1141).

Aconit. Etat de clairvoyance, anesthésie complète (Roth, 1281); immobile, insensible, ne voit ni n'entend; extrémités inférieures, allongées, accès d'un quart d'heure qui revient toutes les deux heures (Roth, 1282).

Camphora. Perte de sens (1, 2); pâleur du visage;

resserrement des pupilles; respiration presque entièrement suspendue (60).

Belladona. Il chante et parle à haute voix en dormant (1152). Assise, elle ne voit ni n'entend; pâleur du visage et sueur au front, elle compose et chante des chansons gaies mais ridicules; elle siffle, refuse de boire et de manger (1,354).

Stramonium. Extase (435), il parle et répond à toutes les questions comme en pleine connaissance (410); immobilité des membres (71), pupille dilatée, face rouge, convulsions diverses (*passim*).

Chamomilla. Elle est assise sur une chaise, roide comme une statue, et sans conscience (31).

Bryonia est indiqué principalement dans la forme commune de somnambulisme pathologique. Vient ensuite *Silicea*.

Belladona et *Stramonium*. Conviennent davantage au somnambulisme convulsif. Contre le *somnambulisme cataleptique*, les deux médicaments principaux sont *cicuta* et *mercurius*. Roth rapporte la guérison par *cicuta* d'un malade, avec cris, chants, délire, yeux ouverts, et qui répondait comme les somnambules, quand on le touchait. Il avait deux accès par jour. La connaissance revenait tout à coup et ne laissait aucun souvenir dans l'intervalle des accès, fièvre et joues rouges (289).

Sauvage rapporte l'observation de la guérison d'un cas de catalepsie par *aquila alba* (calomel). Cette guérison fut précédée d'aggravation.

Jahr préconise le camphre pendant les accès. Le choix des autres médicaments sera facile après les détails que nous avons rapportés.

Si les accès sont quotidiens ou très-fréquents, nous conseillons d'administrer trois doses par jour; si les accès reviennent toutes les semaines ou tous les quinze jours,

nous conseillons une dose par jour pendant quatre ou huit jours après chaque accès. La clinique n'a rien appris encore sur le choix de la dilution. Il faut savoir que l'électricité et surtout le *magnétisme animal*, jouissent d'une grande efficacité pendant les accès.

Traitement du corybantisme. Belladona, hyosciamus et *stramonium* constituent la base de ce traitement.

Hyosciamus produit les symptômes suivants : *Sentiment de légèreté ou de mobilité* (Hahn., § 430), *activité poussée à l'excès; il se croit plus fort qu'il n'est réellement* (421). *Les spasmes courbent les membres, et le corps courbé est lancé en haut* (355); *il monte au tuyau du poêle* (441), *danses et gesticulations.* Ce dernier symptôme, qui est caractéristique, s'est produit un grand nombre de fois (§ 431 à 436).

Stramonium : Excitabilité extraordinaire; il se meut très-rapidement et jusqu'à extinction (Hahn., 580); *danses, gesticulations et rires avec éclat* (433); de plus, ce médicament produit un véritable *somnambulisme* (§ 410).

Belladona : Rires continuels, sauts, danses, gesticulations et mouvements très-accélérés (Roth, § 51); *les enfants rampent par terre comme des souris* (97); *rire qui ne fait qu'augmenter, puis l'enfant se mit à tourner circulairement; et après plusieurs circuits, il serait tombé, si on ne l'avait retenu* (107); *les enfants font des extravagances qui étonnent* (108).

Enfin Hartmann assure avoir employé avec succès l'*ignatia* et le *secale cornutum* contre la *grande chorée*. Or, d'après la description qu'en donne cet auteur, la grande chorée correspondrait et au corybantisme et aux grandes attaques convulsives des hystériques.

CONTRACTURE ESSENTIELLE.

Cette maladie qui n'a été nettement séparée des états analogues que denos jours, a été décrite sous les noms de *tétanos intermittent, contractures des extrémités, contractures rhumatismales, contractures des nourrices, tétanie.*

Définition. — C'est une névrose caractérisée par des contractures revenant par accès irréguliers et envahissant symétriquement les extrémités.

Des contractures très-analogues peuvent se manifester comme symptômes d'affections cérébrales, ou apparaître dans le cours de l'*éclampsie* et du *spasme de la glotte.*

Cette maladie se présente sous trois formes : *forme commune, forme grave* ou *tétanique, forme fixe.*

Forme commune. — C'est celle qui s'observe le plus fréquemment et qui répond à la définition que nous avons donnée de la maladie. Les contractures siégent aux extrémités et n'atteignent qu'exceptionnellement et très-passagèrement les muscles du tronc.

La maladie débute par des fourmillements dans les extrémités. La face devient rouge, puis l'accès de contracture se déclare, et présente plusieurs variétés suivant les muscles envahis. Quelquefois les doigts et le pouce sont fortement fléchis dans le creux de la main et la main sur l'avant-bras; d'autres fois les doigts sont fléchis seulement dans l'articulation métacarpo-phalangienne, les doigts restant allongés; fréquemment les phalanges sont allongées, rapprochées fortement, la main affecte la forme

de celle de l'accoucheur; presque toujours, chez les enfants, les doigts sont roides, écartés les uns des autres, et présentent l'aspect d'une botte de panais. Quand la maladie atteint les membres inférieurs, les orteils sont fléchis, mais le pied, la jambe et la cuisse, sont dans l'extension. Pendant l'accès les muscles sont durs et douloureux, la peau rougit, il se produit des craquements tendineux et on observe quelquefois un peu d'œdème. Après un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, le sentiment d'engourdissement reparaît, la contraction cesse, et l'accès est passé. Quelquefois apparaissent comme phénomènes très-fugitifs : du strabisme, des convulsions et des tremblements des paupières.

Ces accès se répètent plusieurs fois par jour pendant toute la durée de la maladie ; durée qui varie de quarante-huit heures à deux mois. La maladie se termine presque toujours par une guérison complète, cependant Trousseau cite un cas de mort; quelquefois la maladie se localise dans certains muscles et se termine une rétraction musculaire.

Forme tétanique. — Elle débute comme la précédente ; mais elle envahit rapidement les muscles du tronc et produit, le plus souvent, l'*opisthotonos*. Quelquefois elle atteint les muscles de la mâchoire, détermine le *trismus* et ne se distingue plus du tétanos que par son début sur les extrémités. Cette forme, dans laquelle les contractions musculaires sont très-douloureuses, est beaucoup plus grave que les deux autres, elle peut déterminer l'asphyxie par la contraction des muscles de la respiration. Néanmoins, elle n'est pas aussi grave que le tétanos essentiel.

Forme mono-musculaire. — Dans cette forme la contrac-

ture est limitée à un seul muscle ou à un très-petit nombre de muscles synergiques; au cou, elle produit le *torticolis intermittent;* au tronc, elle produit la rétraction du bassin et simule la *coxalgie*. Aux pieds, elle produit un *pied bot*. Cette forme a de la tendance à passer à l'état chronique et à se terminer par la *rétraction musculaire*. C'est cette forme qui, survenant pendant la vie intra-utérine, produit les *pieds bots*. Elle joue un rôle très-important dans certaines déviations de la taille. Je l'ai observée sous forme de contraction d'une durée très-courte, mais revenant pendant des années à la suite d'un allaitement prolongé, sans aucune tendance à la *rétraction musculaire*.

Étiologie. — Cette maladie est presque spéciale à la première enfance; c'est une maladie de la première dentition. Comme l'éclampsie et la chorée, elle atteint les femmes grosses et nourrices. Elle succède aux maladies épuisantes, à la diarrhée par exemple; elle est plus fréquente chez les *garçons;* dans l'âge adulte, c'est le contraire, à cause de l'influence de la grossesse. On a remarqué que la maladie atteignait quelquefois plusieurs enfants dans la même famille.

L'*indigestion* est une *cause occasionnelle* fréquente; les *émotions morales*, la pression des membres, des vaiseaux, ou des nerfs renouvellent les accès.

Traitement. — *Prophylaxie*. Dans la première enfance: nourriture appropriée; soins hygiéniques convenables. Chez les nourrices, diminuer ou suspendre l'allaitement; régime reconstituant.

Le *solanum nigrum* est le médicament principal; il correspond aux fourmillements dans les extrémités, aux contorsions, aux contractures des mains, crampes dans les mollets, pieds tournés en dedans.

Mercurius. Convient ensuite et répond aux contractions des doigts et des mains.

Graphites. Crampes dans les mains, roideur et distorsion des doigts ; gonflement et distorsion des orteils ; *angustura spuria, cuprum, hydrocyani acidum* et *cannabis*, présentent aussi des phénomènes de contractures dans les extrémités. La clinique homœopathique fournit peu de renseignements sur les doses et le mode d'administration de ces médicaments. Dans la *forme tétanique, angustura spuria, nux vomica* et *opium* sont principalement indiqués (voir le traitement du tétanos).

Le chloroforme est quelquefois nécessaire pour calmer les douleurs ; il agit, du reste, favorablement sur la maladie ; l'électricité ne trouve son emploi que dans la *forme mono-musculaire*. Elle augmente d'abord la contracture, puis la fait cesser pour un temps. Il faut lutter par des appareils contentifs, par des extensions forcées, le malade étant préalablement chloroformé, par des opérations chirurgicales et par l'électricité contre les *rétractions permanentes*.

ATAXIE LOCOMOTRICE.

Définition.—Confondue jusqu'à ces derniers temps avec la paraplégie, l'ataxie locomotrice est une névrose caractérisée par le défaut de coordination des mouvements volontaires avec conservation de l'intégrité de la contractilité musculaire.

L'*ataxie locomotrice* survient à titre de symptôme au début de la paralysie générale, dans l'hystérie, et dans les tumeurs du cervelet.

L'observation clinique de cette maladie est encore trop récente pour que nous ayons pu en constituer les formes; la marche extrêmement chronique, la longue durée et la rareté relative de la maladie, sont autant de difficultés qui retarderont encore la solution de cette question. On peut partager en trois périodes la marche de la maladie : début, période d'état et période ultime.

1° Période du début. — Des douleurs fulgurantes ou térébrantes, des paralysies très-localisées, des troubles dans les fonctions génitales, des vertiges, caractérisent cette première période.

Nous retrouverons et nous décrirons les douleurs dans la période d'état; les paralysies sont souvent transitoires, les plus fréquentes sont celles de la troisième et de la sixième paire, d'où strabisme, diplopie et, dans le dernier cas, chute de la paupière supérieure, paralysie de l'iris, amblyopie et amaurose, mais habituellement bornées à un seul œil, cependant quelques malades deviennent complétement aveugles. La surdité est beaucoup plus rare.

La paralysie incomplète du sphincter de la vessie et l'incontinence d'urine, est un symptôme plus fréquent. Plusieurs fois, dès le début de la maladie, j'ai observé une véritable atonie des muscles défécateurs et expulseurs de l'urine, qui se traduisait par des selles involontaires quand le malade voulait uriner ou par la brusque sortie des urines quand le malade voulait lâcher un vent ou aller à la selle. Les troubles des organes génitaux sont habituellement une surexcitation de ces organes joint à une éjaculation trop facile et à de véritables spermatorrhées.

Le vertige dont on a voulu faire, à tort, le signe de l'ataxie liée à une affection du cervelet, est fréquent dans la maladie que nous décrivons, il marque souvent le pas-

sage de la première à la seconde période ; il se manifeste principalement quand le malade marche sur un terrain glissant, difficile, ou au milieu de la foule.

2° Période d'état. — Elle est caractérisée par le désordre du mouvement qui donne son nom à la maladie. Le plus souvent, le malade s'aperçoit de ce désordre, par la crainte de tomber quand il veut se retourner brusquement, quand il marche sur un terrain glissant, difficile, qu'il descend un escalier : il sent qu'il perd l'équilibre, il s'arrête court, cherche un point d'appui et éprouve de la difficulté à repartir ; souvent un état vertigineux évident, surtout au début, rend encore la marche plus difficile. D'autres malades se sont aperçus du début de la maladie parce qu'ils ne pouvaient plus sauter, danser, courir ou monter à cheval.

La démarche devient caractéristique ; le malade hésite au départ ; il chancèle et a besoin d'un appui ; après quelques pas, il marche d'une manière plus assurée, mais les membres roides, lançant le pied par saccade et frappant lourdement le sol ; quelques-uns accélèrent la marche et vont à petits pas très-pressés.

Sur un terrain uni, l'ataxique peut ainsi fournir une très-longue course ; mais s'il rencontre un obstacle, s'il change brusquement de direction, il chancèle de nouveau. La maladie faisant des progrès, les mouvements deviennent de plus en plus violents et désordonnés ; le malade fait des efforts considérables pour se maintenir en équilibre et progresser ; il se fatigue et bientôt est obligé de s'arrêter épuisé et haletant. Le désordre des mouvements augmente encore ; le malade est obligé de rester assis sans que les muscles aient rien perdu de leur contractilité, mais parce que les mouvements ne peuvent plus être assez coordonnés pour permettre ni la station, ni la progression. A cette

époque, le malade éprouve quelquefois des mouvements involontaires, sorte de secousses convulsives d'une extrême violence.

L'anesthésie, l'analgésie et la perte de la conscience de l'activité musculaire, sont des symptômes presque constants à cette période; ils contribuent à la gêne des mouvements et leur donnent quelques caractères tout spéciaux. Le malade ne sent pas le terrain sur lequel il marche ou il le sent mal; il a perdu la conscience de la contraction musculaire, en sorte que s'il ferme les yeux, ou s'il est dans l'obscurité, la démarche et même la station deviennent excessivement difficiles, et, à un certain degré, complétement impossibles. Si on fait tenir le malade debout, les pieds rapprochés, il peut encore sans appui garder cette situation, mais, s'il ferme les yeux, il perd l'équilibre, chancèle et tomberait si on ne le soutenait. L'anesthésie des pieds est cause de sensation étrange; le malade croit marcher sur un tapis, sur des boules élastiques; quelquefois il perd entièrement la sensation du sol et croit marcher en l'air.

Le malade éprouve souvent des sensations de compression circulaire dans les membres inférieurs et surtout dans les jambes. Cette sensation se retrouve dans la paraplégie essentielle.

Les douleurs fulgurantes et térébrantes que nous avons signalées au début, continuent pendant cette période. Elles apparaissent par accès irréguliers. Le plus souvent, ces accès varient de douze à vingt-quatre heures et reviennent toutes les semaines, tous les mois; d'autres fois, elles reviennent par accès très-courts, tous les jours; quelquefois, enfin, les accès sont très-longs et durent des mois entiers sans laisser de repos aux malades. Ce sont des douleurs extrêmement aiguës, survenant brusquement et se terminant de même, d'une durée très-courte,

une à deux secondes, et séparées entre elles par un intervalle de calme complet. Ces douleurs déterminent souvent un mouvement appréciable dans le membre qui en est le siége, une véritable secousse électrique; elles siégent habituellement sur un trajet nerveux : branches du sciatique, nerfs plantaires, rameau testiculaire, etc.

Nous avons observé plusieurs fois pendant cette période des crises de vomissement extrêmement douloureux. Ce sont des vomissements bilieux répétés pendant six, douze et vingt-quatre heures et accompagnés d'une constipation excessive.

3e *période*. La troisième période est caractérisée par l'impossibilité de se tenir debout ou assis; le malade reste désormais couché; l'amaigrissement et la faiblesse font de grands progrès; les membres supérieurs se prennent à un degré plus ou moins considérable. Cette invasion des membres supérieurs est annoncée par un engourdissement siégeant le plus souvent dans les derniers doigts de la main; les mouvements deviennent saccadés, *maladroits* et désordonnés. Notons que dans quelques cas les membres supérieurs sont pris dès la seconde période et, par exception, tout à fait au début et avant les membres inférieurs.

A cette dernière période on voit quelquefois reparaître les paralysies du début; l'intelligence reste nette jusqu'à la fin et la mort arrive soit par une maladie intercurrente, soit par les eschares; soit par une diarrhée incoercible; nouveau point de rapprochement entre cette maladie et la paralysie générale. Deux fois pendant cette période ultime, j'ai observé une fragilité considérable du tissu osseux, et des fractures par la seule contraction musculaire.

La *durée* habituelle de cette maladie est extrêmement longue dans la *forme commune*, la première période dure des années, la deuxième est un peu moins longue et la

troisième se termine en quelques mois. Dans certains cas, qui constituent peut-être la *forme maligne* de cette maladie, la durée totale est de quelques mois; enfin, on observe fréquemment une forme d'ataxie dans laquelle la deuxième période se prolonge indéfiniment. La maladie, loin d'être progressive, reste indéfiniment stationnaire et peut durer dix, vingt et trente ans. Habituellement la mort arrive par une maladie intercurrente sans que la troisième période de l'ataxie se manifeste jamais.

Anatomie pathologique. — Presque constamment on trouve une lésion. Cette lésion consiste essentiellement dans la destruction et la transformation graisseuse des éléments nerveux des cordons et des racines postérieures de la moelle épinière. Cette lésion siége principalement dans la région lombaire. Quand il y a eu des paralysies des yeux, les nerfs correspondants présentent la même lésion jusqu'à leur origine. Quand on ouvre le rachis, on trouve les membranes très-injectées, la dure-mère est trop lâche, la pie-mère adhère à la moelle. Celle-ci présente dans ses cordons postérieurs une diminution de volume qui peut aller jusqu'aux trois quarts de l'organe; elle a pris une couleur jaunâtre, quelquefois demi-transparente.

L'examen microscopique permet de constater la destruction de l'élément nerveux. Quelques tubes restent encore intacts; mais la plupart sont arrivés à un degré plus ou moins grand de destruction; l'élément graisseux a remplacé presque partout l'élément nerveux.

Etiologie. — Elle est identique avec celle de la paralysie générale. Cette maladie survient le plus souvent de 30 à 40 ans; elle atteint beaucoup plus d'hommes que de femmes; elle alterne dans les familles avec la folie, la paralysie générale et les autres névroses; elle survient

habituellement dans des constitutions très-vigoureuses, chez des hommes doués d'une vigueur musculaire extraordinaire ; l'abus de l'alcool, du tabac et des femmes, constitue les circonstances les plus favorables à son développement. L'affection hémorrhoïdaire joue un rôle fort important dans la genèse de l'ataxie locomotrice.

Traitement. — Le traitement de cette maladie est encore fort peu avancé. L'hydrothérapie, les bains de mer, les eaux de Néris, celles de Wildbad et de Gastein comptent quelques succès. Les médicaments, quoique n'ayant pas encore, à ma connaissance, amené de guérison radicale, sont d'un grand secours pour combattre les douleurs et même pour arrêter la marche de la maladie. Voici les principaux :

Helleborus niger, phosphorus, arsenicum, angustura spuria, nux vomica, belladona, chamomilla, argentum nitricum, et peut-être *tarentula*.

Angustura spuria répond aux douleurs fulgurantes avec secousses électriques dans les membres. *Belladona*, alternée avec *chamomilla*, m'a souvent servi à calmer les mêmes douleurs quand *angustura* avait échoué. *Nux vomica* répond aux contractions désordonnées du sphincter et aux souffrances gastriques ; il est encore indiqué par la disposition hémorrhoïdaire ; *phosphorus* répond aux douleurs fulgurantes, au trouble des mouvements, ainsi qu'à la surexcitation génitale. *Arsenicum* convient dans certaines douleurs moins fulgurantes, mais survenant surtout la nuit, et s'accompagnant d'agitation et d'insomnie. *Helleborus* est le médicament qui, par sa pathogénésie, répond le plus au désordre des mouvements qui caractérise l'ataxie. J'en ai obtenu quelques bons résultats relatifs. *Argentum nitricum* a été employé empiriquement ; à haute dose, il semble, dans quelques cas,

avoir arrêté la maladie. *Tarentula* présente dans sa pathogénésie des troubles du mouvement qui nous conduiront à prescrire ce médicament dans l'ataxie, mais nous ne l'avons pas encore essayé.

Les doses sont très-difficiles à préciser. Les malades éprouvent facilement des aggravations et il faut tâter leur susceptibilité. Le nitrate d'argent a été employé à la dose de plusieurs centigrammes par jour, comme dans l'épilepsie.

CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

Cette maladie singulière est constituée par une contraction involontaire ou une paralysie bornée à quelques muscles, mais le désordre dans la contractilité a pour caractère de se produire seulement à l'occasion de certains mouvements. C'est lorsque le muscle veut accomplir sa fonction que la maladie se manifeste : d'où le nom de *spasme fonctionnel* donné à cette affection par Duchenne (de Boulogne).

Le plus souvent cette maladie s'observe chez les personnes qui écrivent beaucoup, et elle se manifeste toutes les fois qu'elles veulent écrire. Comme elle consiste habituellement dans une contraction douloureuse des extenseurs et surtout des fléchisseurs, le nom de *crampe des écrivains* lui convient parfaitement ; d'autres fois, au lieu de la contraction, c'est la paralysie du pouce ou de l'indicateur que l'on observe. Ces désordres musculaires cessent aussitôt que le malade quitte la plume et ne se montrent jamais à l'occasion d'un autre mouvement des doigts.

Des pianistes ont présenté cette maladie, caractérisée par des mouvements irréguliers et involontaires des doigts et de la main. Chez un tailleur, la contraction siégeait sur un muscle de l'épaule. Chez un tourneur, le spasme occupait le muscle fléchisseur du pied, et chez un maître d'armes les muscles de l'avant-bras.

Jusqu'à présent cette maladie a résisté à tous les médicaments. La section des tendons a quelquefois amené une amélioration très-notable. Le mieux c'est de remplacer, quand cela est possible, le mouvement qui est l'occasion de la maladie par un autre. Ainsi, pour la *crampe des écrivains*, un porte-plume fixé sur les doigts et les immobilisant, permet d'écrire par un mouvement du poignet. Un très-gros porte-plume qui modifie le degré de la contraction des muscles suffit quelquefois pour empêcher la manifestation du spasme.

PARAPLÉGIE ESSENTIELLE.

Définition. — La paraplégie est une paralysie spinale; elle commence par les membres inférieurs et s'étend progressivement aux muscles des membres et à ceux du tronc.

C'est la paralysie générale spinale de Duchenne (de Boulogne), ascendante des Allemands. Son histoire a été longtemps confondue avec celle de l'ataxie locomotrice.

La paraplégie survient comme symptôme dans les affections de la moelle épinière et du canal rachidien, après des lésions traumatiques, à la suite d'un certain nombre de maladies : la diphthérie, la variole, la fièvre typhoïde, la dysentérie, etc. La marche et la production de ces pa-

ralysies symptomatiques sont subordonnées aux causes pathologiques si diverses qui les engendrent.

Division. — La paralysie essentielle se présente sous deux formes : l'une à marche chronique, c'est la *forme commune ;* l'autre à *marche aiguë,* c'est la *forme grave.*

Forme commune. — La maladie débute d'une manière insidieuse par des fourmillements et du refroidissement dans les membres inférieurs, une diminution notable de la sensibilité des pieds, un sentiment de constriction dans le pied ou dans la jambe. Le malade constate ensuite un peu de faiblesse, une fatigue trop facile; habituellement, un membre est un peu plus pris que l'autre.

Après un temps variable, la maladie se caractérise de plus en plus; la démarche devient pénible; le malade traîne les pieds sur le sol ; il accroche toutes les aspérités qu'il rencontre; la moindre des inégalités de terrain peut le faire tomber; les muscles des membres paralysés commencent à s'atrophier. Plus tard, la marche et la station deviennent complétement impossibles quoique le malade puisse encore exécuter tous les mouvements des membres inférieurs quand il est couché. A ce moment, la maladie peut encore rester longtemps stationnaire.

Les membres supérieurs se prennent plus tard ; ce sont d'abord des fourmillements, la diminution du tact, l'affaiblissement dans les mouvements de la main et des doigts.

Une fois que les membres supérieurs sont entrepris d'une manière sérieuse, la maladie marche plus rapidement vers sa terminaison fatale. Les muscles du tronc et ceux de la face se prennent successivement et le malade arrive rapidement à la dernière période.

Couché dans son lit, ne pouvant exécuter qu'un petit

nombre de mouvements qui, tous les jours, diminuent de force et d'étendue, il devient gâteux par la paralysie des sphincters de la vessie et du rectum ; des eschares et de vastes suppurations s'établissent au siége ; la respiration et la déglutition s'embarrassent et il meurt épuisé par la suppuration et la diarrhée ; ou plus subitement, par asphyxie lente, suite de la paralysie du diaphragme, et encore par suffocation causée par la déglutition incomplète du bol alimentaire.

Nous allons maintenant examiner quelques symptômes qui caractérisent la maladie et la séparent nettement des espèces voisines.

La *contractilité électrique* diminue dans les muscles paralysés et finit par s'y éteindre complétement ; la cessation de la contratilité électrique précède la cessation de la contractilité volontaire; ainsi certains mouvements sont encore possibles quand déjà les muscles qui les produisent sont complétement insensibles à l'excitation électrique. Il faut savoir qu'au début de la maladie la contractilité électrique n'est que diminuée et qu'il faut une grande attention et une certaine habitude pour constater l'existence de ce signe.

Atrophie musculaire. Elle est toujours corrélative avec la diminution ou la cessation de la contractilité électrique ; tellement que l'une peut remplacer l'autre comme signe. Les muscles paralysés s'atrophient aussitôt que la contractilité électrique a diminué d'une manière très-notable; mais ils s'atrophient par région entière et non par muscle isolé ou par parties de muscles comme dans l'atrophie graisseuse et la paralysie saturnine, signe distinctif important et qu'il faut retenir. Cependant les muscles paralysés subissent à la longue la *dégénérescence graisseuse,* comme nous l'avons constaté fréquemment à l'hôpital des Enfants.

La diminution et la perte de la contraction électrique servent à différencier nettement la paraplégie de l'*ataxie locomotrice*, de la *paralysie générale des aliénés*, des *paralysies hystériques* et même d'une *paraplégie* suite d'affections cérébrales observées chez les enfants; paraplégie dans laquelle la contractilité musculaire, parfaitement conservée, l'hypertrophie des membres paralysés et la conservation des mouvements réflexes, impriment à la maladie un cachet tout particulier.

Les muscles sont habituellement paralysés dans l'ordre suivant : fléchisseurs du pied sur la jambe, fléchisseurs de la cuisse sur le bassin; extenseurs de la jambe sur la cuisse, extenseurs des doigts; muscles du tronc, muscles de la face et même de la langue, enfin ceux de la respiration.

La paralysie est presque toujours plus marquée d'un côté que de l'autre.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique; elle présente un état stationnaire pendant des années, surtout quand la maladie est bornée aux membres inférieurs.

Terminaison. Dans cette maladie le traitement n'aboutit le plus souvent qu'à améliorer la maladie et empêcher la marche envahissante. Cependant il y a des observations de guérison complète.

La *mort* arrive par asphyxie lente, par paralysie du pharynx, par eschares, suppuration et diarrhée.

Anatomie pathologique. — L'histoire des lésions de la moelle dans la paraplégie est encore fort incomplète; l'étude microscopique de ces lésions est encore à faire. Il importe surtout de ne pas confondre la myélite et ses lésions consécutives avec la paraplégie, et comme dans les deux cas la maladie est très-longue, plus ou moins

progressive, qu'elle s'accompagne de la perte de la contractilité électrique et d'atrophie musculaire, le diagnostic ne peut s'établir que par les symptômes du début, qui souvent sont difficiles ou impossibles à constater.

Forme grave.—Caractérisée par la marche continue et rapide de la maladie : d'après des observations de Landouzy, la contractilité électrique serait conservée dans cette forme.

La maladie débute comme dans la forme précédente; seulement tous les symptômes se succèdent rapidement; dès les premiers jours, les malades éprouvent de grandes difficultés à marcher, et souvent après la première semaine ils sont obligés de garder la position horizontale. La paralysie envahit les membres supérieurs dès les premiers jours, les muscles du tronc sont atteints simultanément, et la mort par asphyxie se produit après quelques semaines de maladie. Duchenne (de Boulogne) a vu un cas mortel après 22 jours. Si rapide que soit la marche de la maladie, elle est cependant progressive, et la paralysie n'arrive jamais subitement.

Étiologie. — L'étiologie de la *paraplégie essentielle* est presque tout entière à refaire, parce que la plupart des *causes* attribuées à cette maladie doivent être rapportées à l'*ataxie musculaire*. Cependant notons que c'est principalement dans la première et dans la seconde enfance qu'on observe la paraplégie essentielle : tandis que c'est après 30 ans que l'*ataxie* devient fréquente.

L'impression du froid semble jouer un rôle plus considérable dans la production de la paraplégie essentielle que dans celle de l'*ataxie*. Les excès vénériens, l'usage du tabac et les autres causes de l'ataxie sont propres aussi à la paraplégie à un degré encore indéterminé.

TRAITEMENT. — *Nux vomica, ignatia, belladona, stramonium, hyosciamus, rhus toxicodendron, cocculus, secale cornutum, lachesis, phosphorus, plumbum, arsenicum, argentum nitricum,* sont les principaux médicaments de la paraplégie; malheureusement l'état de la contractilité électrique n'a pas été noté parmi les symptômes produits par ces médicaments sur l'homme sain. L'atrophie musculaire produite par *plumbum, secale cornutum, arsenicum, argentum nitricum,* et le *sulfure de carbone,* nous font supposer que ces médicaments conviennent plus que les autres quand la contractilité électrique est détruite (puisque les deux symptômes sont corélatifs), et par conséquent qu'ils sont indiqués dans la paraplégie essentielle.

Nux vomica et *ignatia* conviennent au début quand il n'y a ni atrophie musculaire, ni paralysie des sphincters.

Belladona et les autres solanées correspondent à la paralysie des sphincters.

Rhus toxicodendron, lachesis, cocculus et *phosphorus,* correspondent à la paraplégie. Nous avons eu des guérisons avec *cocculus.*

Arsenicum, plumbum, secale cornutum et *argentum nitricum, sulfure de carbone,* conviennent dans une période plus avancée et quand l'atrophie est déjà bien marquée.

L'*électricité* lutte efficacement contre l'atrophie musculaire; l'*hydrothérapie* est indiquée au début pour remonter les forces. Les *eaux thermales,* enfin, ne doivent pas être négligées dans les traitements d'une maladie si rebelle.

Les eaux très-chaudes, salines, sulfureuses ou arsenicales, doivent être choisies de préférence. Nous citerons *Balaruc* qui a eu de vrais succès sur nos soldats de Crimée; *Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Tæplitz, Plom-*

bières, le *Mont-Dore*, *Aix-en-Savoie*, *Aix-la-Chapelle*, *Wildbad* et *Gastein* enfin, qui ont une renommée traditionnelle.

TREMBLEMENT ET PARALYSIE AGITANS.

Le tremblement est une agitation convulsive des muscles produite par des contractions involontaires, petite, rapide et rhythmique.

Le tremblement existe à titre de symptômes dans un grand nombre d'empoisonnements : tremblement mercuriel saturnin, alcoolique, etc., et aussi dans quelques maladies fébriles : méningites, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc. Mais il existe aussi, indépendamment de tout autre état morbide et constitue le tremblement essentiel qui présente deux formes : *tremblement* et *paralysie agitans*.

I. Le tremblement a été appelé *sénile* parce qu'il survient le plus souvent dans un âge avancé; cependant on peut le rencontrer dans la jeunesse, surtout lorsqu'il est *héréditaire*. Les *émotions morales*, les excès vénériens, les causes de débilitation sont les circonstances qui favorisent habituellement son développement.

A un premier degré, le tremblement consiste dans un léger mouvement latéral de la tête. Ce mouvement est d'autant plus marqué que les malades sont sous l'influence d'une impression morale ou d'une préoccupation quelconque; pendant le repos de corps et d'esprit, le tremblement est habituellement insensible, et il disparaît complétement pendant le sommeil.

La maladie augmente insensiblement; les mouvements de la tête sont plus étendus et le tremblement gagne les mains, en sorte que le malade écrit et mange difficilement.

Cette forme est incurable, mais elle ne se complique ni de paralysie, ni de rétraction musculaire.

II. Paralysie agitans. — Dans cette forme, le tremblement commence d'abord par un membre, un bras par exemple, puis il envahit successivement les autres membres et la tête. Les mouvements convulsifs sont beaucoup plus étendus et les malades deviennent incapables de se servir de leurs mains, la démarche est précipitée, irrégulière, sans équilibre et bientôt impossible.

Au commencement et pendant longtemps, il n'y a pas de paralysie véritable; seulement la contractilité est épuisée par les mouvements convulsifs et il n'en reste pas une quantité suffisante pour des mouvements volontaires un peu prolongés; ainsi, après quelques pas le malade, complétement épuisé, est obligé de s'arrêter. A la fin de la maladie, il existe une paralysie incomplète de la contractilité, des rétractions musculaires des extrémités, quelquefois une paralysie des sphincters et un affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Cette forme, comme la précédente, dure très-longtemps. Elle paraît incurable et la mort survient souvent par une complication de pneumonie (Trousseau).

Le *traitement* a jusqu'ici été inefficace. J'ai essayé inutilement *mercurius*, *plumbum*, *lachesis*, *sepia* et *tarentula*.

CRAMPE.

La crampe est une contraction énergique, de peu de durée, et excessivement douloureuse ; elle siége sur un petit nombre ou même sur un seul muscle. C'est une contraction passagère et douloureuse.

La crampe est un symptôme commun à plusieurs maladies et particulièrement au choléra et à la péritonite. Elle existe comme maladie essentielle et survient habituellement au lit ou pendant certains mouvements, comme la natation, par exemple ; elle disparaît quand on parvient à produire le mouvement volontaire qui fait agir régulièrement les muscles contractés. Ainsi la crampe du muscle gastrocnémien disparaît immédiatement par la marche. Quand la crampe a été forte, le muscle qui en a été le siége reste douloureux pendant plusieurs heures.

Traitement. — En couchant sur un lit disposé en plan incliné, de manière que les pieds soient de 10 à 12 décimètres plus bas que la tête, on évite presque à coup sûr les crampes nocturnes (Bordsley). *Nux vomica, arsenicum, veratrum*, mais surtout *cuprum*, sont les médicaments de la crampe ; j'ai toujours réussi avec *cuprum* 12°.

L'application du cuivre métallique sur les jambes empêche habituellement les crampes de se développer ; les frictions, surtout avec un liniment camphré, soulagent beaucoup la douleur.

PARALYSIE ESSENTIELLE DE LA LANGUE.

Définition. — Sous le nom de *paralysie progressive* de la langue, de l'orbiculaire des lèvres et du voile du palais, M. Duchenne (de Boulogne) a décrit une névrose extrêmement rare.

Etiologie. — Cette maladie, suffisamment définie par le nom que lui a donné M. Duchenne (de Boulogne), survient sans cause occasionnelle, au milieu de la santé, et plus fréquemment entre 40 et 50 ans ; elle débute par un sentiment de gêne dans la prononciation et dans la déglutition, habituellement attribué par les malades à un mal de gorge. Le malade parle du nez et de la gorge, sans presque remuer la langue qui reste de plus en plus immobile sur le plancher de la bouche ; la déglutition des liquides d'abord, puis celle des solides, deviennent impossibles. La langue ne pouvant plus exécuter ce temps de la déglutition dans lequel sa pointe parcourt le palais d'avant en arrière, le bol alimentaire est porté difficilement vers le pharynx ; et s'il y arrive, il est rejeté violemment par les fosses nasales ou par la bouche, parce que la paralysie du voile du palais détruit la synergie nécessaire à la déglutition et ne fait plus équilibre au pharynx qui reste indemne de toute paralysie. La salive ne pouvant être avalée s'accumule et s'épaissit dans la bouche; la paralysie de la langue et de l'orbiculaire des lèvres s'oppose à son expuition et le malade la laisse écouler dans son mouchoir. En même temps, la parole devient de plus en plus difficile et à peu près impossible. La paralysie du voile du palais empêche l'action du souffle, parce que l'air, comme les aliments, re-

passe par les fosses nasales. La paralysie de l'orbiculaire des lèvres empêche de prononcer les labiales : *o*, *u*, de donner un baiser ; dans le rire, les lèvres sont entraînées par les muscles antagonistes et le malade obligé de les ramener avec les doigts; au repos la bouche semble plus grande, les lignes nasolabiales se creusent et donnent au malade l'air pleureur. Remarquons encore que la langue est manifestement atrophiée, et comme ridée ; que la paralysie du voile du palais étant symétrique est difficilement reconnue, d'autant que l'irritabilité musculaire est conservée ainsi que la *contractilité électrique*.

La difficulté de la déglutition amène l'amaigrissement et la perte des forces; et le malade, sans fièvre, sans douleurs, sans troubles intellectuels, muet, et dans l'impossibilité complète d'avaler, assiste ainsi à son agonie et à sa mort après un temps qui varie de six mois à trois ans.

A une époque variable, mais toujours quand l'amaigrissement et la perte des forces sont notables, apparaissent des accès de suffocation, d'autres fois, des accès de syncope dont nous ne possédons pas l'explication physiologique, mais qui terminent brusquement la vie des malades ; autrement ils meurent littéralement de soif et de faim.

Voici l'ordre dans lequel se paralysent les mucles : langue, voile du palais, orbiculaire des lèvres. La *marche* est continue, réellement progressive, sans état stationnaire. La *durée* de la maladie est de six mois à trois ans, la terminaison est constamment la *mort*.

Anatomie pathologique. —Cette maladie ne s'accompagne pas habituellement de lésions appréciables. Dans un certain nombre de cas on a signalé l'atrophie du nerf hypoglosse.

Traitement. — Nul jusqu'à présent ; il faut examiner le malade le plus longtemps possible. La faradisation n'a produit qu'une amélioration passagère.

HYPOCHONDRIE.

Définition. — L'hypochondrie est une névrose commune aux deux sexes ; elle est caractérisée par des affections multiples, mais principalement par une tristesse et une préoccupation anxieuse habituellement, mais non toujours relative à la santé.

La description de cette maladie est très-difficile, tant à cause des hypothèses des anciens sur la *bile noire* et sur le rôle de la rate et du foie dans cette maladie, que par le fait des préoccupations exclusives des modernes. Parmi ces derniers, les uns ne voient dans l'hypochondrie que les troubles gastriques, tandis que les autres ne prennent en considération que les symptômes psychiques. Pour mettre de l'ordre dans l'exposition de l'histoire des symptômes propres de l'hypochondrie, il faut d'une part mettre en oubli toutes les hypothèses anciennes, et de l'autre s'efforcer de distinguer l'*hypochondrie essentielle* de l'*hypochondrie symptomatique*.

Hypochondrie symptomatique. L'affection hypochondriaque se manifeste comme symptômes dans la *goutte*, dans la maladie *hémorrhoïdaire*, dans la *syphilis*, dans la *chlorose*, dans un certain nombre d'*affections organiques de l'abdomen* ; et dans certaines formes de la *folie*, à titre de phénomène précurseur.

Divisions. — J.-P Tessier décrivait deux formes de l'hypochondrie : la *forme commune* et la *forme périodique*.

Forme commune. — *Début*. Cette forme débute souvent à propos d'un phénomène d'âge : puberté, âge de retour; ou à l'occasion d'un changement notable dans les habitudes : cessation du commerce, passage de la vie des champs à la vie des villes, veuvage, etc.; d'autres fois elle apparaît dans la convalescence d'une maladie; mais le chagrin est l'une des causes les plus puissantes de son développement. Le malade devient triste; des troubles divers de la digestion apparaissent, et le préoccupent outre mesure; son caractère devient inquiet, craintif, indécis, scrupuleux et porté à la colère. Son esprit est sans cesse en proie à une tristesse anxieuse au sujet de sa santé. La maladie marche très-lentement; pendant longtemps, les hypochondriaques continuent leurs affaires, leurs relations et paraissent jouir d'une santé parfaite; quelques malades ne dépassent jamais ce premier degré; mais, chez le plus grand nombre, l'hypochondrie continue sa marche envahissante. Cette seconde période est alors caractérisée par la prédominance de l'une des *affections hypochondriaques*, affection qui donne à la maladie un cachet spécial.

Aliénation hypochondriaque. C'est souvent une véritable *aliénation* caractérisée par une idée *délirante* et une *impulsion maladive*. L'idée délirante est *fixe*; celles qu'on observe le plus communément sont les suivantes : idée d'une maladie incurable, d'une maladie dégoûtante, contagieuse, honteuse; idée d'une mort prochaine et inévitable, d'une ruine imminente complète, d'un déshonneur, de la perte d'une personne aimée, d'un accident ridicule, etc.

Ces idées résistent à tous les raisonnements; ou, si elles semblent céder, elles reparaissent sous une autre forme.

L'*impulsion* hypochondriaque est triste, *anxieuse*. Elle

jette les malades dans une mélancolie profonde, les rend très-malheureux et peut les pousser au *suicide*.

Souffrances cérébrales. Elles sont très-variables : simple étourdissement, vertiges à tomber, céphalalgie, migraines avec vomissement, bourdonnements d'oreille, chaleur et fatigue à la tête.

Insomnie. Ce symptôme est quelquefois poussé très-loin, et il y a des hypochondriaques qui passent des mois sans dormir ; la fatigue de la privation de sommeil, quoique très-pénible, est cependant incomparablement moins ressentie dans cet état de maladie que dans l'état physiologique.

Paralysies. Jamais on n'observe dans l'hypochondrie ces paralysies complètes si communes dans l'hystérie ; ce sont plutôt des fourmillements avec un sentiment de faiblesse plus ou moins prononcé. L'*anesthésie* et l'*analgésie* existent fréquemment dans l'hypochondrie, quoique ces deux symptômes n'aient pas la même valeur que dans l'hystérie.

Troubles des sens. Ce sont principalement des tintements d'oreille, des éblouissements, des perversions de l'odorat et du goût : quelquefois une exaltation excessive des sens. Les idées fixes et les craintes exagérées des hypochondriaques trouvent dans ces désordres un aliment inépuisable.

Souffrances gastriques. Ces affections dominent dans l'hypochondrie symptomatique de la goutte ; elles sont fréquentes dans l'hypochondrie essentielle ; leur caractéristique est la flatulence.

L'*anorexie* avec amertume de la bouche ; une *dyspepsie* opiniâtre, avec ou sans *gastralgie*, sont les affections les plus ordinaires dans l'hypochondrie. Quelquefois la *boulimie* remplace l'anorexie ; les *éructations*, les *borborygmes*, la *tympanite*, accompagnent toutes ces affections. La *con-*

stipation est habituelle, quoiqu'on ait observé aussi des *diarrhées* opiniâtres.

Symptômes pulmonaires et cardiaques. Ils sont très-analogues à ceux de l'hystérie. Une *toux* petite, sèche, très-persistante, cessant pendant le sommeil et pendant le repas ; des *palpitations* énormes, ébranlantes, disparaissant presque toujours par la marche et la distraction ; des *lipothymies* et des *syncopes*. Les malades se sentent atteints de phthisie ou d'anévrysme.

La maladie ainsi constituée par une tristesse habituelle et par une ou plusieurs des affections que nous venons de décrire, persiste dans cette *période d'état* pendant des années, offrant de grandes alternances de rémittence et d'aggravation pendant toute sa durée. Cette *durée* est aussi longue que la vie des malades, si un traitement approprié ou un changement considérable dans la manière de vivre, ne procure pas la guérison.

Cette *guérison* est quelquefois subite, à la suite d'une émotion, d'une perturbation profonde ; mais le plus souvent elle est très-lente avec des retours offensifs de la maladie.

3e PÉRIODE. — *Cachexie hypochondriaque et mort.* Les anciens, qui confondaient l'hypochondrie symptomatique avec l'hypochondrie essentielle, admettent tous une période cachectique dans l'hypochondrie. C'est la période des *obstructions*, ou, en termes plus précis, la période des *cancers* et des *affections organiques*. Or, c'est une erreur de croire que le cancer du foie ou de l'estomac constitue l'hypochondrie à un degré quelconque, et il faut rejeter complétement de l'histoire de l'hypochondrie la période des *obstructions*.

L'insomnie prolongée, l'anorexie, la dyspepsie, les vomissements incessants, la diarrhée prolongée et la manie

qu'ont certains hypochondriaques de rester au lit et de se refuser à tout exercice, produisent l'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces ; mais la vie végétative résiste longtemps, et ce n'est qu'après de longues années que se produisent les œdèmes, les hémorrhagies et les évacuations colliquatives qui finissent par amener la mort. Le plus souvent cette terminaison est amenée par une maladie intercurrente.

Forme périodique. — La forme périodique est caractérisée par le retour à périodes longues et habituellement irrégulières d'attaques d'hypochondrie. La rémission qui sépare les attaques est complète, ce qui permet de distinguer cette forme des cas fréquents de la *forme commune*, dans lesquels on observe des rémissions très-marquées, mais toujours incomplètes.

Cette forme débute plus brusquement que la forme commune ; ses allures sont plus rapides ; elle atteint très-promptement son summum d'intensité, et elle décroît très-rapidement ou même cesse tout à coup.

Quoique la maladie ne persiste pas toujours au même degré pendant toute la durée de la période d'*état*, on n'observe pas néanmoins ces grandes variations si fréquentes dans la forme commune.

Le retour des attaques est souvent déterminé par l'influence d'une émotion morale, d'un changement de climat ou de saison.

Presque toujours, les attaques se ressemblent entre elles, tant par leurs causes déterminantes, leurs phénomènes précurseurs, que par leurs symptômes et leur mode de terminaison.

Etiologie.—L'hypochondrie est une maladie *héréditaire* ; elle alterne dans les familles avec les autres névroses

et en particulier avec les vésanies. Elle est plus fréquente chez l'*homme* que chez la femme et se déclare principalement à deux *âges* de la vie : la puberté et l'âge du retour. Les *climats* ont bien moins d'influence sur le développement de l'hypochondrie que les *mœurs* et l'état de *civilisation*. L'*Anglelerre* est le pays de l'hypochondrie. L'hypochondrie est la maladie des riches, des *inoccupés*, des personnes qui exercent des *professions* sédentaires et dans lesquelles l'*imagination* est surexcitée. L'observation enseigne que les *célibataires* y sont plus exposés que les personnes mariées. Les *excès vénériens*, surtout quand ils ont produit un affaiblissement notable et une *impuissance* relative ou absolue, produisent l'hypochondrie.

Traitement. — *Prophylaxie*. La prophylaxie consiste à combattre la trop grande *impressionnabilité* par une éducation virile et sévère.

Les médicaments indiqués dans le traitement de l'hypochondrie sont extrêmement nombreux ; les principaux sont : *nux vomica, sulfur, aurum, arsenicum, platina, moschus, mercurius, staphysagria, calcarea, lachesis, ignatia, pulsatilla, sabadilla, sepia, conium maculatum.*

Nux vomica est le médicament principal dans le traitement de l'hypochondrie ; il est indiqué par les troubles gastriques ; la constipation opiniâtre ; la tristesse hypochondriaque avec crainte de la mort et cependant impulsion suicide ; il correspond encore à une grande irascibilité. *Nux vomica* convient aux gens de lettres, aux personnes qui ont fait abus du café, de liqueurs fortes, de veilles, de plaisirs vénériens ; il convient à la constitution hémorrhoïdale. *Sulfur* s'allie avantageusement avec *nux vomica*.

Les doses sont très-variables ; il faut tâter la suscepti-

bilité du sujet. Mais, en général, les hautes dilutions réussissent bien dans l'hypochondrie.

L'idée d'une maladie dangereuse ou contagieuse indique de préférence *calcarea*, *lachesis*, *sabadilla*, *natrum carbonicum*, *pulsatilla*, *sepia* et *ignatia*.

Calcarea est indiqué de préférence chez les personnes grasses, sanguines, lorsqu'il y a une grande incapacité intellectuelle avec caractère irritable et susceptible; *lachesis*, lorsque la crainte de la maladie existe surtout la nuit avec crainte de se coucher; *natrum carbonicum*, crainte de perdre la raison; *pulsatilla*, crainte d'une attaque d'apoplexie; *sepia*, crainte de devenir poitrinaire; *ignatia*, crainte d'un cancer à l'estomac. Nous donnons comme fort problématiques ces indications tirées de la crainte d'une maladie particulière; elles ont grand besoin d'être confirmées par l'expérience clinique. *Sabadilla* est indiqué par l'idée hypochondriaque poussée jusqu'à l'hallucination, idée qu'on a le ventre aplati, l'estomac ulcéré, le scrotum gonflé, etc., etc. De tous ces médicaments *ignatia* est celui qui m'a donné le plus de succès.

L'idée fixe d'une mort prochaine, la sensation de cette mort imminente indique de préférence *arsenicum* et *platina*. *Arsenicum* est plus spécialement indiqué quand il y a aggravation dans la solitude avec crainte de la société; quand le sentiment de défaillance, de la vie qui s'éteint, prend sa source dans un malaise qui part du ventre. *Platina* répond aux angoisses avec sentiment d'une mort prochaine et grande peur de la mort.

L'*impulsion suicide* indique *aurum*, *mercurius* et *staphysagria*, sans oublier *nux vomica*, dont nous avons déjà parlé. *Aurum* est indiqué par un caractère scrupuleux, mais surtout par des congestions de la tête et de la poitrine. *Mercurius* est indiqué par une tendance anxieuse au suicide, on désire la mort par découragement; il y a

en même temps crainte d'une maladie cérébrale, et somnolence diurne. J'ai obtenu plusieurs guérisons d'impulsion suicide avec *mercurius*. *Staphysagria* correspond à l'indifférence hypochondriaque, au dégoût de toute chose, poussé jusqu'au suicide. L'*insomnie opiniâtre* indique principalement *nux vomica, platina, hepar sulfuris*.

Les souffrances gastriques, cardiaques et pulmonaires, servent encore à fixer le choix des médicaments.

Traitement hygiénique. Les soins hygiéniques sont d'une extrême importance dans le traitement de l'hypochondrie. Une alimentation tonique sans être excitante, la suppression du vin quand le cerveau se congestionne fortement; un exercice porté jusqu'à la transpiration et la fatigue musculaire; des occupations forcées, obligatoires, les bains froids, l'hydrothérapie, mais, par-dessus tout, les voyages, qui opèrent souvent des guérisons inespérées. Le *traitement moral* doit se borner à donner à l'esprit une occupation sérieuse; mais c'est une *illusion* de croire qu'on obtienne quelque chose en combattant par le raisonnement les idées fixes des hypochondriaques.

FOLIE.

L'aliénation est si généralement confondue avec la folie; l'analogie de ce symptôme est en général si mal faite, qu'avant de décrire la maladie *folie*, nous devons nous arrêter un instant sur le symptôme *aliénation*.

ALIÉNATION. — DES PHÉNOMÈNES QUI CONSTITUENT TOUTE ALIÉNATION. — L'aliénation est un de ces symptômes complexes auxquels les anciens maîtres en séméiotique don-

naient le nom de *syndrome*, c'est-à-dire un symptôme composé de plusieurs symptômes. Comme le *mouvement fébrile* est un syndrome composé de chaleur fébrile, de fréquence du pouls et de malaise général, de même l'aliénation est constituée par trois éléments; ces trois éléments sont : l'*hallucination*, l'*impulsion*, et l'*idée délirante*. Réunis ou séparés, ils constituent toute aliénation.

I. *Hallucination*. L'hallucination est une sensation dont l'objet n'existe pas.

L'hallucination peut se produire à propos d'une impression sur les sens externes ou en son absence; elle peut même se produire en l'absence du sens externe lui-même, comme les hallucinations de la vue chez les aveugles. La sensation morbide qui constitue l'hallucination se produit donc dans cette partie du cerveau où, à l'état physiologique, les sensations externes sont transformées en sensations internes; elles sont engendrées non par un vice des sens externes, mais par un désordre des sens internes.

Esquirol ne donnait le nom d'hallucination qu'à la sensation morbide produite en l'absence de toute impression sur les sens externes, il distinguait sous le nom d'*illusion* la transformation d'une sensation ordinaire en hallucination. Ainsi, quand un malade voyait à la place des nuages des chars, des armées, des animaux monstrueux; ou bien quand il transformait en discours suivi le bruit de la pluie ou celui du vent, Esquirol disait qu'il y avait *illusion*.

Cette division d'Esquirol ne présente aucune utilité pratique et elle est purement artificielle. Le même malade a dans la même journée les mêmes hallucinations avec ou sans impression préalable sur les sens externes. Dans les deux cas, c'est un symptôme de même

valeur séméiotique, et c'est toujours une sensation dont l'objet n'existe pas.

Les hallucinations se divisent naturellement en deux grandes classes : hallucinations des sens externes, hallucinations des sensations internes. Les premières comprennent les hallucinations des cinq sens : de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher; les secondes correspondent à des sensations morbides qui se passent dans les viscères : sensation d'un animal dans le ventre, dans l'estomac; sensation de fragilité extrême du corps et hallucination du sens génital.

II. *De l'impulsion maladive.* Dans l'état physiologique l'homme possède, en commun avec les animaux, une faculté par laquelle il est porté à l'acte en vertu d'un plaisir à atteindre ou d'une souffrance à éviter : c'est l'*impulsion animale.*

L'impulsion maladive n'est qu'une deviation pathologique de l'impulsion animale. Elle est caractérisée : 1° par une absence complète de mobile extérieur. Dans ce cas, l'impulsion est purement subjective. Exemple : L'épileptique pris d'impulsion maladive en sortant de son attaque, frappe et tue la première personne qui lui tombe sous la main. Il est évident qu'il n'est mû par aucun mobile extérieur, puisqu'il ne choisit pas sa victime.

D'autres malades éprouvent un besoin irrésistible de mouvement, ils marchent sans cesse; ou, s'ils sont assis, ils s'occupent continuellement à remuer sans but les objets qu'ils ont sous la main. Ici il n'y a nulle proportion entre l'acte et son mobile.

2° Le second caractère de l'impulsion maladive est de produire des actes contraires à la nature de son mobile.

On rencontre des malades torturés par une impulsion incessante, qui les porte à tuer une personne aimée, leur mère, leur enfant. Les annales de la médecine légale

contiennent des exemples nombreux de ces impulsions; elle s'observent principalement dans l'hystérie et dans l'empoisonnement alcoolique.

D'autres, plus nombreux encore, sont, plus ou moins irrésistiblement, entraînés au suicide, malgré une crainte excessive de mourir. Les hypochondriaques, surtout, fournissent des exemples de ce genre d'impulsion.

3° Dans une troisième catégorie d'impulsion maladive, le rapport entre l'acte et le mobile est étrange et dépravé. Certains malades ont un goût prononcé pour les matières en putréfaction, la chair crue et pourrie des animaux abandonnés sur la voie publique. Il y a quelques années, un soldat offrait l'exemple extraordinaire d'une impulsion génitale irrésistible envers les femmes mortes; et cette impulsion le portait à déterrer les cadavres dans les cimetières.

Quelques hystériques présentent des exemples nombreux de *goût dépravé;* elles recherchent avec avidité, pour les manger, de la craie, du liége, du charbon, du fil et d'autres substances impropres à la nutrition.

Plusieurs médecins ont voulu faire de l'*irrésistibilité* un caractère de l'impulsion maladive. Ce caractère existe d'emblée seulement dans la variété d'impulsion que nous décrirons sous le nom d'*automatique,* c'est-à-dire dans l'impulsion qui conclut brusquement à l'acte sans que le malade ait conscience du mobile qui le fait agir, et quelquefois sans qu'il ait conscience de l'acte lui-même.

Les autres impulsions arrivent souvent aussi à l'irrésistibilité, mais seulement après une lutte plus ou moins longue, lutte pleine d'angoisse et d'anxiété, et qui constitue une ressemblance de plus entre les impulsions maladives et les impulsions physiologiques, c'est-à-dire les passions.

a.) Division des impulsions maladives. Au point de

vue séméiologique les impulsions doivent être séparées en deux grandes classes : les impulsions conscientes et les impulsions automatiques.

Les impulsions consclentes se subdivisent elles-mêmes en *impulsions anxieuses* et en *impulsions expansives*.

Les *impulsions anxieuses* sont ainsi appelées parce que la lutte intérieure dont elles s'accompagnent détermine un sentiment d'angoisse et d'anxiété considérables. Les principales sont : l'impulsion à la tristesse ou *mélancolie*, l'impulsion homicide, l'impulsion suicide, l'impulsion incendiaire, l'impulsion érotique, l'impulsion aux boissons alcooliques, l'impulsion au vol, l'impulsion à manger certaines substances.

Les *impulsions expansives* s'accompagnent d'une sorte de surexcitation qui les caractérise. Les principales sont : les impulsions à parler, à chanter, à rire, à entrer en fureur ; les impulsions aux mouvements. — Certaines impulsions érotiques revêtent le caractère *expansif*.

Les *impulsions automatiques* ont pour caractère de conclure instantanément à l'acte ; elles sont habituellement irrésistibles, et les malades n'ont qu'une conscience vague ou même nulle conscience et de l'acte lui-même et du mobile qui les pousse. Les principales impulsions automatiques sont la fureur, l'homicide, le suicide, le satyriasis.

III. *De l'idée délirante*. Comme l'hallucination est une sensation créée par les sens internes et sans réalité objective, de même l'idée délirante est une création de l'imagination, une fiction pure ; seulement cette idée délirante se développe de deux manières différentes : tantôt elle est créée directement par les sens internes, tantôt elle se développe à propos d'une hallucination préalable.

Quel que soit son mode de production, l'idée délirante de l'aliénation entraîne, comme l'hallucination de même

nature, la croyance du malade à la réalité de son existence objective et s'accompagne de désordres nombreux dans tous les sens internes.

Prenons pour exemple l'idée délirante, si commune chez les fous, de la toute-puissance.

Mon imagination crée cette idée que je suis Dieu; que ce soit par suite d'une hallucination ou spontanément, peu importe: voilà l'idée délirante produite. Étudions maintenant la manière dont les sens internes et la raison se comportent chez les malades vis-à-vis de cette idée délirante.

Dans l'état de santé, si une idée analogue se produit dans l'imagination, aussitôt tous les autres sens internes interviennent pour démontrer que c'est une idée sans réalité objective, la raison n'en est jamais ébranlée, et les rêveurs peuvent se complaire à construire des *châteaux en Espagne,* sans passer jamais pour fous dans le sens médical de ce mot; « ils se réveillent gros Jean comme devant, » et voilà tout. Mais chez le malade les choses se passent différemment; la fiction n'éveille plus dans la conscience sensible la sensation qui la distingue de la réalité, en sorte que le malade ne sait plus s'il imagine, s'il se souvient ou s'il perçoit une idée se rapportant à une réalité présente; il est, sous ce rapport, comme l'hystérique qui a perdu la conscience de la contraction musculaire, et qui ne sait plus distinguer, ses yeux étant fermés, si elle a simplement voulu étendre le bras ou si elle l'a étendu en effet.

Le *sensus communis,* qui a pour mission de comparer entre elles les sensations apportées par les divers sens et de les rectifier l'une par l'autre; qui de plus, au moins chez l'homme, compare les images actuelles avec celles reçues antérieurement, et juge par cette comparaison de la rationalité de l'idée sensible, fait complétement défaut

chez le malade frappé d'aliénation. Ainsi, pour conserver le même exemple, chez le malade qui se croit Dieu, le *sensus communis* ne fait pas ressortir tout ce qu'il y a de contradictoire entre cette idée et soit les sensations actuellement perçues, soit les idées sensibles accumulées dans la mémoire, et qui démontrerait au besoin qu'avant d'être Dieu on était Pierre ou Paul, ce qui est absurde.

L'*estimativité* est altérée de deux manières différentes : tantôt elle est complétement subjuguée par l'idée délirante, en sorte que le malade ne juge plus des choses extérieures qu'au point de vue de son idée délirante ; ainsi il estime que telle manière de lui parler est inconvenante, à cause de sa qualité de Dieu ; il ne voit pas l'état de misère et de privation dans lequel il peut se trouver, il estime indigne de sa toute-puissance les soins matériels qu'on lui procure et qui sont cependant de première nécessité.

Dans une autre catégorie de malades l'estimativité relative est conservée, ce qui amène souvent de singulières contradictions dans la conduite des malades. Ainsi, les paralytiques qui se croient riches à millions, qui ont tout en or, comme ils disent souvent, acceptent avec reconnaissance et même sollicitent deux sous pour acheter du tabac.

La *mémoire* est habituellement parfaitement conservée. Cependant, dans certaines maladies, la démence et la paralysie générale, les idées délirantes se rencontrent toujours avec une diminution notable de la mémoire.

Si les rapports de l'intellect et de l'animalité subsistaient dans leur intégrité, la raison suffirait à redresser les erreurs des sens internes ; mais ces rapports n'existent plus et l'intellect subjugué met toutes ses facultés au service de l'idée délirante, en sorte que dans l'exemple que

nous avons choisi, le malade pense et agit comme si en réalité il était Dieu.

a.) *Division des idées délirantes.* Les idées délirantes présentent au point de vue séméiotique trois variétés principales :

1° *Idée délirante* avec perte complète de la conscience et de la mémoire. C'est l'idée délirante que l'on rencontre comme partie principale du syndrome délire.

2° *Idée délirante* avec conservation de l'estimativité relative et obscurcissement de la mémoire. Cette variété entre comme élément principal de l'aliénation que l'on rencontre chez les déments et chez les paralytiques.

3° *Idée délirante* avec conservation de la mémoire et perte de l'estimativité. C'est cette variété qui, avec les hallucinations et les impulsions, constitue l'aliénation la plus fréquente : celle des fous, des hystériques, des empoisonnés, etc.

Des variétés d'aliénations. — L'association de l'idée délirante des hallucinations et des impulsions maladives constitue le syndrome qui a reçu le nom d'aliénation. Cependant l'impulsion maladive peut exister seule, ainsi que nous l'avons dit précédemment. L'aliénation présente à étudier quatre variétés très-distinctes : la *manie*, la *monomanie*, la *lypémanie* et les *impulsions maladives*.

A.) La *manie* est constituée par la succession rapide d'idées délirantes multiples, avec hallucinations en rapport avec ces idées et impulsions expansives.

a.) La succession trop rapide des idées délirantes constitue l'*incohérence maniaque*.

b.) Une impulsion violente au mouvement, à parler, à chanter, constitue l'*agitation maniaque*.

c.) L'impulsion violente à crier, à frapper, à exercer des violences, constitue la *fureur maniaque*.

B.) La *monomanie* est constituée par un petit nombre

d'idées délirantes avec prédominance de l'une d'elles; hallucinations en rapport avec cette idée et impulsion expansive. La monomanie prend le nom de l'idée délirante principale : monomanie des grandeurs, des richesses, etc.

C.) La *lypémanie* est constituée comme la monomanie, avec cette différence que c'est une impulsion anxieuse qui domine : lypémanie de persécution, de damnation, etc.

D.) *Impulsion maladive*. Cette variété d'aliénation a été suffisamment étudiée précédemment; nous n'y reviendrons pas ici.

Ni l'incohérence, ni la marche aiguë, ni le mouvement fébrile ne peuvent servir à distinguer le *délire* de l'aliénation. Le véritable caractère distinctif ressort de l'analyse que nous avons faite de ce dernier symptôme, et nous l'avons déjà indiqué tout en poursuivant notre description. Dans l'aliénation la conscience sensible, quoique désordonnée, subsiste cependant, en sorte que l'aliéné, bien qu'il accepte comme raisonnables les idées délirantes qui troublent son cerveau, a parfaitement conscience de l'existence de ces idées; aussi sa mémoire en conserve un souvenir très-exact. Le malade dans le délire, au contraire, a perdu toute conscience de son état; aussi après la guérison, il ne se souvient plus de tout ce qui s'est passé pendant les jours de son délire. Ces jours-là sont, pour lui, comme s'ils n'avaient pas été. En un mot, je comparerai l'aliénation au rêve lucide dont on se souvient au réveil, et le délire au rêve non lucide qui ne laisse aucun souvenir, ou qui n'en laisse que de très-confus.

Folie. — La folie est une maladie caractérisée par l'aliénation, elle présente à étudier quatre formes distinctes : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme maligne*, la *forme périodique*.

I. **Forme bénigne.** — La forme bénigne de la folie est caractérisée : 1° par sa marche continue ; 2° par sa durée constamment courte, qui s'étend d'un septénaire à trois mois, et dépasse rarement une année ; 3° par sa terminaison heureuse, souvent accompagnée de crises : diarrhée, abcès, hémorrhagies ; 4° par des causes occasionnelles, presque toujours appréciables : émotion morale violente, insolation, excès alcoolique passager, état puerpéral ; 5° l'aliénation qui domine dans cette forme est la manie, la lypémanie, la mélancolie poussée jusqu'à la stupidité ou l'alternance, la succession de la lypémanie et de la manie.

Nous remarquerons, avant d'aller plus loin, que c'est l'ensemble, le concours de la plupart de ces circonstances qui caractérisent la forme bénigne de la folie, et que, prises séparément, chacune d'elles a peu de valeur ; ainsi la manie et la marche aiguë caractérisent la forme maligne, et l'état puerpéral est une condition favorable au développement de toutes les formes de la maladie.

La forme bénigne de la folie est très-fréquente, c'est elle qui, par sa guérison facile et spontanée, explique comment il se fait qu'Esquirol et la plupart des aliénistes affirment avoir guéri radicalement le tiers de leurs malades.

La forme bénigne de la folie présente à étudier quatre variétés fondées sur la différence de l'aliénation : variétés maniaques, lypémaniaques, à double forme, avec prédominance de la stupidité.

1re *variété. Forme bénigne maniaque. Prodromes.* Ils ne

sont pas constants, et la maladie peut debuter brusquement à la suite d'une émotion morale, d'un excès, d'une insolation.

L'insomnie, des impulsions inaccoutumées, une sorte d'étourdissement avec ou sans céphalalgie, constituent les prodromes les plus habituels de cette variété : puis la maladie éclate avec les apparences d'un accès de fureur.

Pendant la plus grande partie de sa durée, la maladie est caractérisée par le symptôme *manie*. Les malades, en proie aux hallucinations les plus variées, très-souvent effrayantes, sont dans une agitation continuelle, les idées délirantes se succèdent avec rapidité et souvent elles sont incohérentes. Ces malades ont de fréquents accès de fureur, pendant lesquels ils vocifèrent continuellement. L'insomnie est complète dans les premiers temps, l'appétit nul, et, quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, les malades maigrissent rapidement.

Après une durée de quelques jours, ou même de quelques semaines, les accès de fureur s'éloignent, le sommeil et l'appétit reviennent, les idées délirantes sont moins incohérentes, les hallucinations s'effacent et le malade commence à reconnaître les personnes qui l'entourent; enfin les idées délirantes cessent complétement; le malade, étonné, cherche à se rendre compte de ce qui s'est passé; il croit encore à la réalité des hallucinations et des idées délirantes qui l'ont agité; puis, la lumière se fait; il reconnaît qu'il a été malade, se rappelle exactement tout ce qui s'est passé; la guérison est alors assurée; d'autres fois, la guérison s'opère brusquement à la suite d'une crise. Les crises les plus habituelles sont des abcès, des diarrhées, des hémorrhagies.

2° *variété. Forme bénigne lypémaniaque*. Les prodromes de cette variété sont caractérisés par de la tristesse,

des pressentiments fâcheux, des terreurs sans motifs, un ennui profond, un dégoût de toutes choses; puis la maladie est caractérisée par la prédominance d'une idée triste, des hallucinations en rapport avec cette idée, et très-souvent des impulsions au suicide.

Dans la période d'état, les malades, opprimés par une tristesse profonde, pâles, amaigris, froids, passent les jours et les nuits torturés par un petit nombre d'idées tristes; idées d'empoisonnement, d'une condamnation à mort, de damnation éternelle, de supplice inimaginables. Immobiles, l'œil fixe, l'oreille attentive, ils subissent les hallucinations les plus terrifiantes; sans sommeil, avec un pouls petit et lent, une peau froide, ils deviennent *gâteux* et le plus souvent il faut employer la contrainte pour les forcer à prendre quelques aliments.

Dans la période décroissante, les malades commencent à regarder autour d'eux. Le sommeil revient pendant quelques heures, et s'ils ne sont pas tourmentés par la crainte d'être empoisonnés, ils prennent volontiers un peu de nourriture. Les évacuations involontaires, ou plutôt inconscientes, ne se produisent plus. Les idées délirantes et les hallucinations cessent peu à peu, et les malades reviennent à la santé comme dans la variété précédente, rapidement, à la suite d'une crise, ou plus lentement et peu à peu.

3e *variété. Forme bénigne à double forme.* Chez quelques malades, on observe une succession assez régulière de la *lypémanie* et de la *manie;* cette succession a frappé les auteurs modernes qui ont voulu en faire une forme particulière de la folie. Mais nous retrouverons cette succession dans la forme périodique et dans la forme commune. Ce n'est donc point une forme, mais une variété. Dans la forme bénigne, cette variété est caractérisée par la succession régulière de la lypémanie et

de la manie. Nous trouvons inutile de décrire de nouveau ces deux symptômes. Les faits que M. Baillarger range dans la première catégorie de la *folie à double forme*, et une partie de ceux de la dernière, sont tous des observetions de forme bénigne de la folie. (*Bull. de l'Ac.*, t. XIX, p. 350.)

4e *variété. Stupidité.* J'ai hésité longtemps pour savoir si je classerais la *stupidité* décrite par Georget, parmi les formes de la folie. Après avoir relu avec attention les observations qui me sont propres et celles renfermées dans la thèse de M. Etoc et dans le travail de M. Baillarger, je crois qu'on doit considérer, suivant l'avis de ce dernier médecin, la *stupidité* comme une variété du symptôme lypémanie et que, par conséquent, la stupidité ne peut servir, tout au plus, qu'à caractériser, soit une variété de la forme bénigne, soit une complication de la forme commune.

La variété de forme bénigne, caractérisée par la stupidité, débute par la tristesse, cette tristesse est remplacée par la lypémanie qui atteint promptement un très-haut degré et détermine souvent des tentatives de suicide. Après quelques jours de cet état, les malades, de plus en plus absorbés par leurs pensées tristes, tombent dans une concentration intellectuelle si profonde, que le monde extérieur n'existe plus pour eux ; immobiles, le plus souvent couchés, les yeux largement ouverts, sans expression, la figure hébétée, en proie à des hallucinations terrifiantes, dont l'impression ne se peint même plus sur leur physionomie ; sans mouvement, sans parole, gâteux, ils offrent le tableau de la démence arrivée à son plus haut degré.

Au bout de quelques semaines, cet état diminue ; ils répondent lentement et par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse ; puis, tantôt après une crise, tantôt

sans crise, ils reviennent à leur état naturel; la figure reprend son expression, le malade parle, travaille, reprend ses relations avec ceux qui l'entourent. Il raconte alors, que pendant cette absence apparente de l'intelligence, il était en proie à des idées tristes plus ou moins actives, à des hallucinations en rapport avec ces idées, et le plus souvent à une insomnie complète. Cette variété n'est donc qu'un degré plus avancé de la variété lypémaniaque.

La forme bénigne de la folie peut se reproduire plusieurs fois, mais à des intervalles irréguliers, pendant la vie des malades.

II. Forme commune.— La forme commune de la folie est caractérisée par le symptôme monomanie ou par le symptôme lypémanie; la manie n'apparaît, dans cette forme, que comme un symptôme accidentel, soit au début, soit dans le cours de la maladie. La marche est rémittente, la durée très-longue, l'incurabilité habituelle.

Cette forme n'est peut-être pas la plus fréquente, mais je l'appelle *commune*, parce qu'elle présente, dans son évolution, la plupart des symptômes observés dans les autres formes, et aussi parce qu'elle a servi de type à la description de la folie.

Les variétés de la forme commune se tirent de la marche de la maladie et de la prédominance du symptôme aliénation, qui est tantôt une *monomanie*, tantôt une *lypémanie*. Il y a trois variétés de la forme commune : la *monomaniaque*, la *lypémaniaque* et la *variété circulaire* (de M. Falret), c'est-à-dire celle caractérisée par l'alternance à peu près régulière de la lypémanie et de la manie.

1re *variété. Forme commune monomaniaque.* Elle est habituellement précédée de prodromes fort longs. Ce sont

habituellement des insomnies prolongées, des changements dans le caractère, des alternatives extraordinaires de surexcitation et d'affaissement. De temps à autre, les malades émettent des idées bizarres, ils ont quelque chose d'excentrique dans leurs allures, des impulsions inaccoutumées et déjà maladives, impulsions qui les conduisent, soit à des excès en dehors de leurs habitudes, soit même à des actes criminels ; puis la maladie éclate, soit par une attaque de manie, soit par une série d'idées délirantes et les hallucinations qui s'y rapportent.

Il arrive fréquemment que cet ensemble de symptômes, après avoir duré quelques semaines, cesse complétement, et que les malades guéris, au moins en apparence, sont rendus à leur vie habituelle pendant un temps plus ou moins long, puis après deux, trois attaques semblables, la maladie ne présente plus de rémission complète et arrive ainsi à sa *période d'état*.

A ce moment, la maladie se caractérise par un petit nombre d'idées délirantes habilement systématisées, des hallucinations en rapport avec ces idées, et des impulsions expansives. Le malade est prophète, envoyé de Dieu, il a une mission à remplir, il voit et il entend les messagers de Dieu qui lui apportent ses instructions; actif, affairé, il parle ou il écrit continuellement pour accomplir sa mission; sa physionomie, ses allures, ses vêtements même, sont en rapport avec son idée délirante.

D'autres malades croient être roi, empereur, mais habituellement cette idée est encore plus particularisée. Ils sont Louis XVII, par exemple, ou Napoléon II. Alors ils parlent et ils agissent comme s'ils étaient réellement un personnage historique. J'ai vu à Bicêtre un Louis XVIII drapé dans ses haillons, à la démarche fière, à la parole hautaine, et chez lequel un profil bourbonnien avait cer-

tainement contribué à faire naître et à entretenir l'idée délirante.

Chez ces malades, les idées délirantes sont toujours systématisées, c'est-à-dire qu'ils ont des explications aussi rapprochées que possible de la raison pour justifier leurs idées folles, et que, leur point de départ une fois admis, ils ont dans leur conduite et leurs paroles une logique qui pourrait faire illusion.

Les projets d'évasion et de vengeance, les actes quelquefois violents et criminels qui se rattachent à leur rôle sont exécutés avec une énergie et avec une adresse qui font de ces malades les fous les plus dangereux. Les uns veulent baptiser l'humanité d'un baptême de sang, et ils assassinent; d'autres ont à se venger d'injures imaginaires, et sont conduits à des actes criminels. Heureusement que la plupart se bornent à réformer le genre humain ou à lui annoncer sa destinée future, ou encore à lui persuader d'accepter quelque invention merveilleuse.

A des époques variables, ces malades sont pris d'agitation et d'une véritable *manie*, pendant laquelle l'idée délirante principale se trouve mêlée à des idées délirantes très-diverses. Les hallucinations se multiplient à ce moment de la maladie, et souvent alors se manifestent des impulsions à la fureur.

La période d'état peut durer des années entières avec des exacerbations et des rémissions irrégulières. Pendant la période de rémission, l'idée délirante perd beaucoup de son activité; les hallucinations deviennent de plus en plus rares; le malade peut, jusqu'à un certain point, maîtriser ses impulsions, et il reprend, au moins en apparence, les allures d'un homme raisonnable. On comprend toute l'importance de l'étude de cette période au point de vue de la médecine légale. Aussi nous y reviendrons tout à l'heure.

Si le malade doit guérir, ce qui est rare, la rémission se prononce de plus en plus ; l'idée délirante cesse complétement, et le malade, rentré en possession de lui-même, se rend un compte exact de sa situation. Il se rappelle ses longues années de délire et reconnaît qu'il a été malade, et c'est là le meilleur signe de sa guérison.

Mais le plus souvent la période de rémission que nous venons de décrire se prolonge indéfiniment, et le malade, désormais incurable, peut atteindre l'extrême vieillesse sans que sa maladie subisse de modifications notables. Les asiles contiennent tous un certain nombre de ces malades, désignés, d'après la classification en usage, sous le nom de monomanes. Pliés à la discipline de la maison, plus ou moins maîtres d'eux-mêmes, ils sont susceptibles d'un travail assez régulier, et on voit les rois, les empereurs, les prophètes, les dieux même, se conduire comme de simples mortels. Seulement ils conservent dans leur for intérieur leur idée délirante ; et si on veut discuter cette idée, on s'aperçoit bientôt, à l'opiniâtreté de la défense, qu'elle a conservé tout son empire. De temps à autre, surtout dans les premiers temps, cette dernière période présente encore quelques jours d'exacerbation, réminiscence de la période précédente, mais le calme se fait de plus en plus, et le malade reste définitivement dans l'état que nous venons de décrire.

On a dit et répété que la folie se terminait par la démence. Cette opinion a pris naissance à une époque où on confondait la paralysie générale avec la folie; mais aujourd'hui que cette distinction existe, on peut se convaincre que les fous atteints de la forme commune ne finissent pas par la démence, mais bien par l'état que nous venons de décrire. Que l'on relise les observations d'Esquirol, que l'on jette un coup d'œil sur la population

des asiles, et l'on sera bientôt convaincu de la vérité que nous défendons.

Cela ne veut pas dire cependant que la folie soit une maladie préservative de la démence. Ainsi on rencontre des fous qui, arrivés à l'âge de la démence, voient cette maladie se développer soit sous sa forme commune, soit sous sa forme hémorrhagique; mais ici la démence survient, non comme une conséquence fatale de la folie, mais comme une maladie essentielle qui succède à une autre, au même titre que la phthisie, par exemple, succède à la rougeole.

Nous voulons revenir un instant sur cette variété monomaniaque de la forme commune pour montrer quelles sont les difficultés que présente quelquefois son diagnostic, et par conséquent l'extrême importance de cette étude au point de vue de la médecine légale.

La difficulté naît surtout du genre de l'idée délirante. Ainsi le vulgaire reconnaîtra du premier coup d'œil un fou qui prétend être roi ou pape ou Dieu; mais, lorsque l'idée délirante a un objet moins étrange, le vulgaire peut se tromper et se trompe tous les jours sur le diagnostic. Ainsi voilà un simple employé dont l'idée délirante consiste à se croire persécuté par une ligue d'ennemis tout-puissants qui veulent l'empoisonner, par exemple. Si ce malade laissait lire dans sa pensée, l'idée délirante serait bien vite reconnue, mais, soit conscience vague de sa maladie, soit crainte de n'être pas pris au sérieux, il dissimule avec le plus grand soin son état intérieur; seulement il devient triste, défiant, et sa conduite est pleine de bizarreries qu'on ne s'explique pas. Il change incessamment de domicile, s'enferme chez lui pour manger, prépare ses repas lui-même, simule des absences, déguise et cache toutes ses démarches, témoigne de la crainte, du mécontentement ou de la

haine sans qu'on puisse en saisir le motif: tout au plus parle-t-il quelquefois vaguement d'ennemis, de persécution.

Si on pénètre dans la pensée de ces malades, ce qui est souvent possible, parce qu'ils ont une grande tendance à écrire leurs impressions, on voit bien vite que toutes ces bizarreries tiennent à une idée très-nette de persécution accompagnée d'hallucination de l'ouïe et de la vue qui confirment de plus en plus le malade dans son idée maladive. Autrement la maladie reste méconnue fort longtemps et se traduit au dehors, pour la première fois, par un coup de couteau ou une violence quelconque exercée contre ces prétendus ennemis.

Les fastes judiciaires contiennent un grand nombre d'histoires qui rentrent complétement dans la description que nous venons de présenter; il faut donc savoir que, pendant la période d'invasion de la forme commune, et pendant les rémissions de la période d'état, les malades peuvent dissimuler et dissimulent habituellement leur idée délirante; qu'un grand nombre restent dans le monde et accomplissent très-régulièrement les devoirs de leur profession, et que l'impulsion maladive venant à dominer leur volonté, ils accomplissent, habituellement sous l'influence d'une hallucination, des actes violents et criminels dont ils ne sont pas responsables. Nous ajouterons qu'une fois la maladie reconnue, soit avant, soit après l'acte de violence, ces malades devraient être soumis à une réclusion perpétuelle, parce qu'il n'y a aucun signe certain d'une guérison à l'abri de récidive, et que ces malades sont de tous les plus dangereux par leur opiniâtreté, leur énergie et leur ruse.

2e *variété. Forme commune lypémaniaque.* Cette variété débute habituellement par des scrupules et des

craintes exagérées, accompagnées d'une tristesse profonde et d'un changement notable du caractère, qui devient défiant, haineux ou timide à l'excès. Presque toujours dans cette première période les malades sont en proie à des douleurs de tête ou à un sentiment de vague qui les fait beaucoup souffrir. L'insomnie est un symptôme presque constant.

Peu à peu, une des idées tristes prend sur les autres une grande prédominance et l'idée délirante se constitue ainsi graduellement. Quelquefois, au contraire, cette idée est produite rapidement sous l'influence d'une hallucination; le malade voit des assassins qui le poursuivent, il entend une voix qui répète : damné ! damné ! Et la maladie arrive ainsi tout à coup à sa période d'état.

Comme dans la variété précédente, la marche de la maladie est irrégulièrement périodique. Elle présente dans les premiers temps des rémissions complètes; et si l'idée délirante n'est pas trop extraordinaire, ces malades restent dans le monde encore assez longtemps.

La maladie constituée par une idée de persécution ou de damnation, par des hallucinations en rapport avec ces idées délirantes et des impulsions tristes et anxieuses, suit la marche et parcourt les périodes que nous avons déjà décrites à propos de la variété monomoniaque.

3e *variété. Forme commune circulaire.* Cette variété est constituée par la succession et l'alternance à peu près régulières de la manie et de la monomanie. C'est surtout cette variété que M. Falret a eu en vue quand il a décrit ce qu'il appelle la *forme circulaire* de la folie. Toute une catégorie des états que M. Baillarger a réunis sous le nom de folie à *double forme* appartient aussi à cette variété de la forme commune. C'est la 4e catégorie, dans laquelle

les accès se succèdent sans interruption et sans intermittences véritables (*loc. cit.*, p. 350).

Dans la variété circulaire, la phase monomaniaque et la phase maniaque présentent régulièrement une période d'accroissement, une période d'état et une période de décroissance. En sorte que la maladie ne présente point dans sa marche cet état stationnaire prolongé si caractéristique dans les autres variétés de la forme commune. Aussi M. Falret, trompé par cette mobilité et par cette acuité apparente dans la marche de la maladie, s'étonne-t-il de voir les formes circulaires presque toujours incurables, tandis que les deux variétés d'aliénation qui la constituent sont habituellement très-curables. Ceci prouve une fois de plus combien est fausse l'opinion qui veut faire des formes de la folie avec des variétés d'aliénation. Ce n'est pas la manie ou la monomanie qui sont plus ou moins curables, mais bien les maladies dans lesquelles se montrent ces deux symptômes.

La variété circulaire suit habituellement une marche plus rapide que les deux autres variétés. Ses terminaisons sont analogues et le passage à la chronicité et à l'incurabilité est de toutes la plus fréquente. A cette période, la manie et la monomanie sont bien effacées, et on a de la peine à suivre le cycle fatal qui cependant continue à caractériser cette variété jusqu'à la mort du malade.

Forme maligne. — Cette forme est caractérisée par une marche rapide, une durée très-courte, une terminaison presque toujours mortelle, l'incohérence, l'agitation et la fureur maniaque pendant la plus grande partie de sa durée.

Cette forme peut débuter brusquement par un accès de manie aiguë, et parcourir toutes ses périodes en quelques

jours. Ce début est rare et il s'observe surtout quand la maladie reconnaît pour cause une émotion violente : la frayeur, la colère, un chagrin subit et imprévu. Mais le plus ordinairement la manie aiguë est précédée d'une période d'invasion qui dure plusieurs semaines. Cette période d'invasion est caractérisée le plus souvent par une mélancolie ou une lypémanie profonde, présentant des périodes d'exacerbations et de rémission quelquefois complète. C'est pendant une de ces périodes d'exacerbation que la manie éclate et que la maladie arrive à sa période d'état.

La période d'état a généralement été décrite sous le nom de *délire aigu,* parce que l'incohérence et la fureur maniaque qui caractérisent cette période et le mouvement fébrile qui l'accompagne, donnent à la maladie une grande ressemblance avec la méningite.

L'inconvénient principal de cette dénomination est de désigner une forme de maladie par le nom d'un symptôme commun a plusieurs maladies. De plus, l'inflammation de la pie-mère et de la couche superficielle de la substance grise, la méningite en un mot, survient, il est vrai, comme une complication fréquente dans les derniers jours de la forme maligne ; mais cette même complication se montre aussi, quoique très-rarement, dans le cours de la forme commune; et enfin elle manque quelquefois dans la forme maligne, même quand cette forme se termine par la mort, comme le démontrent les autopsies rapportées dans les premières observations du mémoire de M. Brierre de Boismont.

Voici la marche habituelle de cette maladie :

Après une période de lypémanie ou sans aucun symptôme précurseur, la manie aiguë éclate et atteint rapidement son plus haut degré. La face est rouge, les yeux animés ; les malades, en proie à des idées délirantes extrê-

mement mobiles, à des hallucinations multiples, sont très-agités ; ils parlent, crient, vocifèrent. Sans cesse en mouvement, ils marchent sans but ; puis bientôt poussés à la fureur, ils brisent les meubles, frappent et mordent leurs gardiens.

La fureur peut se prolonger pendant plusieurs jours, mais d'autres fois elle présente des rémissions plus ou moins complètes. Pendant la période d'agitation il est habituellemeut possible de saisir au milieu de l'incohérence du langage les idées délirantes principales; mais ces idées se manifestent surtout pendant la période de rémission. Pendant la plus grande partie de leur maladie, certains malades reconnaissent encore les personnes qui les entourent, et manifestent leur volonté avec une opiniâtreté que l'on ne rencontre jamais dans la méningite essentielle et dans le délire symptomatique des maladies aiguës.

Après plusieurs jours de cet état violent. apparaissent de nouveaux phénomènes ; le mouvement fébrile devient continu, la peau est brûlante, le pouls petit et très-fréquent ; la langue se sèche, les dents deviennent fuligineuses; l'amaigrissement fait des progrès très-rapides ; les forces diminuent considérablement ; les malades refusent obstinément les aliments et les boissons ; ils sont pris d'un crachotement perpétuel, qui les a fait comparer aux enragés.

Cependant l'agitation et l'insomnie continuent, et les malades, épuisés par toutes ces causes, tombent dans une période d'affaissement, prélude de la mort. Le pouls est de plus en plus rapide, la peau se refroidit; les yeux, très-injectés, enduits d'un mucus puriforme abondant, sont enfoncés dans les orbites; la bouche est desséchée et fuligineuse; les malades ne parlent plus, ne s'agitent plus. Quelquefois apparaissent les soubresauts des

tendons et la carphologie ; ils refusent de boire jusqu'au dernier moment et souvent ne reconnnaissent leurs proches que pour les injurier. Enfin ils succombent habituellement sans agonie et comme épuisés par la maladie.

Quand les malades doivent guérir, les rémissions que l'on observe dans la marche de la maladie se prononcent de plus en plus ; le calme se prolonge, la nourriture et la boisson sont acceptées, le sommeil reparaît ; des intervalles de raison complète sont les avant-coureurs prochains d'une guérison qui se fait rarement attendre plus de trois semaines. Quelquefois les malades arrivent jusqu'à la période d'affaissement, et pour ainsi dire sur les limites de l'agonie. A ce moment la maladie s'arrête, le pouls se relève, la langue s'humecte, les malades consentent à boire, les idées délirantes s'éloignent, le sommeil revient et ils guérissent alors que l'on croyait tout perdu. Mais il ne faut pas compter sur cette terminaison, qui est extrêmement rare ; souvent elle s'accompagne de la formation d'abcès considérables. Le mémoire de M. Brierre de Boismont contient un exemple remarquable de cette terminaison.

Forme périodique. — Cette forme est assez rare ; elle est très-bien caractérisée et a été distinguée par la plupart des auteurs. On la reconnaît aux caractères suivants : les attaques sont semblables entre elles et reviennent à des époques fixes, mais éloignées ; les symptômes ont une marche continue pendant les attaques ; la variété d'aliénation qui caractérise les attaques est le plus souvent la manie, ou bien la succession régulière de la lypémanie et de la manie (folie à double forme) ; cette forme de la folie peut guérir complétement.

Nous avons substitué au mot *intermittent*, générale-

ment employé de nos jours pour désigner cette forme de folie, le mot *périodique*, parce que l'expression *intermittent* sert à désigner un type propre aux maladies aiguës, tandis que le mot *périodique* convient mieux pour désigner un type correspondant des maladies à longues périodes, comme les maladies chroniques.

Dans les cas de cette forme que j'ai observés, les prodromes consistaient dans une grande pesanteur de tête et des picotements dans les yeux. D'autres fois, ce sont des douleurs vagues dans différentes parties, des défaillances, quelquefois un état fébrile. L'insomnie et les changements dans le caractère se retrouvent encore ici comme phénomène précurseur. Mais ce qui est remarquable dans cette forme, c'est que, quels que soient les prodromes, ils se reproduisent identiquement les mêmes à chaque attaque.

La maladie, une fois commencée, marche sans présenter de rémissions marquées pendant toute la durée de l'attaque. Tantôt elle est caractérisée par la manie avec incohérence et agitation, tantôt par la succession de la lypémanie et de la manie, ce qui constitue deux variétés de cette forme ; la dernière a été décrite par M. Baillarger sous le nom de *folie à double forme* ; ce sont les faits contenus dans sa seconde catégorie. La maladie se termine assez brusquement, sans crise appréciable, après une durée de quelques mois.

Les attaques se reproduisent régulièrement après un intervalle de un, deux, trois et six ans. Les attaques sont semblables entre elles, commencent et se terminent de la même manière ; elles ont la même durée. La guérison a lieu après un nombre variable d'attaques. J'ai trouvé dans Esquirol une observation dans laquelle la guérison eut lieu après dix attaques (t. I, p. 384).

La forme périodique de la folie se distingue des réci-

dives de la forme bénigne parce que, dans cette dernière, les attaques ne se ressemblent point et ne reviennent pas à des époques régulières.

Etiologie. — L'*hérédité* est certainement la cause la plus importante dans la production de la folie. Cette hérédité est directe ou collatérale. D'autres fois elle saute une génération ; elle est plus fréquente dans une proportion fort notable par la mère que par le père. Son influence est moins marquée chez les enfants nés avant la maladie de leurs ascendants que chez ceux qui sont nés après. Comme les autres maladies héréditaires, elle frappe quelquefois exclusivement les garçons ou les filles. Moreau, se fondant sur de nombreuses recherches, a avancé que les enfants qui physiquement ressemblent à l'ascendant malade étaient moins exposés à contracter la maladie. Les enfants engendrés pendant l'*ivresse* seraient, suivant certains auteurs, plus exposés à la folie que ceux nés de parents aliénés. La *consanguinité* est une cause puissante de folie.

Les *femmes* fournissent un nombre un peu plus considérable de victimes, et les *célibataires* beaucoup plus que les personnes mariées.

La folie est extrêmement rare avant la *puberté*. Chez les femmes, la première *menstruation*, la *ménopause*, la *grossesse*, l'*accouchement* et la *lactation* sont des causes fréquentes de folie.

L'état avancé de la *civilisation* est évidemment favorable à la folie. Ainsi, cette maladie est presque inconnue chez les sauvages, et en Europe elle est beaucoup plus fréquente dans les villes que dans les campagnes. D'après Ellis, les catholiques seraient moins sujets à la monomanie religieuse que les protestants.

Certaines *professions* prédisposent à la maladie à cause

des *habitudes* qu'elles comportent. Les marchands de vin, les militaires fournissent un plus grand nombre de fous que les autres professions.

Le *chagrin*, la *peur*, la *colère*, sont des *causes occasionnelles* que l'on rencontre le plus souvent. Il est démontré que l'*emprisonnement cellulaire* est une cause puissante de folie. Les excès de toutes sortes, mais principalement les veilles et l'abus des alcools ont une influence incontestable sur le développement de la maladie.

Traitement. — Nous étudierons d'abord les médicaments qui sont indiqués par les différentes variétés d'aliénation; puis nous résumerons et nous préciserons ces indications pour chacune des formes de la folie.

Hallucinations. Les principaux médicaments indiqués par les hallucinations de la *vue* sont : *belladona, stramonium, hyosciamus, opium, veratrum, helleborus niger, arsenicum, pulsatilla, mercurius, silicea, anacardium, calcarea.*

Les hallucinations de l'*ouïe* indiquent principalement : *conium, chamomilla, phosphori acidum* et *mercurius.*

Les hallucinations de l'*odorat, pulsatilla, belladona, cantharis, calcarea, magnesia muriatica.*

Cantharis est indiqué par les hallucinations du toucher. *Stramonium, belladona, sabadilla* et *sulfur* par les hallucinations des sensations internes, par celles qui ont rapport au corps du malade lui-même.

De tous ces médicaments, les trois *solanées* et *opium* sont ceux qui produisent les hallucinations les plus nombreuses et les plus variées ; les images se succèdent avec rapidité, tantôt agréables, tantôt monstrueuses et effrayantes. *Opium* se distingue particulièrement par ce dernier caractère. *Cantharis* se rapporte davantage aux

hallucinations exclusivement nocturnes et *helleborus* à celles du matin.

Impulsions anxieuses. A la tristesse, *lypémanie.* Les médicaments principaux sont *arsenicum, aurum, ignatia, pulsatilla, nux vomica, platina* et *lachesis.*

La *nostalgie* indique *ignatia, belladona, capsicum,* et *phosphori acidu*

L'*impulsion suicide* indique *arsenicum, nux vomica, aurum, pulsatilla. mercurius, antimonium, china, secale, carbo vegetabilis.*

L'*impulsion homicide* demande en première ligne *arsenicum, mercurius* et *platina*; puis viennent ensuite *hepar sulfuris, china.*

L'*impulsion incendiaire* indique *aconitum, belladona, stramonium* et *ammonium muriaticum.*

L'*impulsion au vol, pulsatilla, arsenicum* et *bryonia.*

L'*impulsion génitale* indique *platina, tarentula, cantharis* et *phosphorus.*

Quand les impulsions précédentes au lieu d'être anxieuses sont *automatiques,* elles indiquent principalement *opium, anacardium* et les trois *solanées.*

Les impulsions à *battre,* à *mordre,* à la *fureur,* indiquent *stramonium, belladona, hyosciamus, opium, veratrum, lachesis, cantharis, agaricus, mercurius* et *aconitum.*

Les *idées délirantes,* d'*empoisonnement,* demandent *belladona, hyosciamus* ou *rhus.*

Les idées de *grandeur* indiquent *veratrum, cuprum* et *platina.*

Les idées de *possession,* de *damnation* indiquent les trois *solanées, opium, pulsatilla, arsenicum, platina, lachesis, ignatia* et *tartarus.*

Traitement de la forme bénigne maniaque. Belladona est le grand médicament, c'est lui qui est indiqué par les symptômes, et c'est lui aussi qui compte le plus de succès

cliniques. Les deux autres solanées viennent à peu près sur la même ligne. *Opium* sera choisi de préférence quand les pupilles seront rétrécies, la face rouge, les yeux étincelants, les hallucinations effrayantes; une alternative de taciturnité, de gaieté et de fureur; une grande surexcitation des facultés intellectuelles indiquent encore ce médicament. *Veratrum* sera préféré si le malade déchire ses vêtements et en avale les morceaux; s'il y a une grande anxiété avec battement de cœur et salivation. Ce dernier médicament a donné un grand nombre de guérisons.

Forme bénigne. Variété lypemaniaque. Arsenicum, aurum, ignatia, conium et *pulsatilla,* sont les principaux médicaments. *Arsenicum* est indiqué par les symptômes accessoires suivants : accès de défaillance, souffrance du ventre, nausées, sueurs froides, soif excessive, tremblement, aggravation de la tristesse après les repas. *Aurum* demande d'autres symptômes accessoires: anxiété au cœur avec palpitation et somnolence; tremblement. *Ignatia,* mélancolie douce avec pleurs involontaires; anxiété au creux de l'estomac avec vertige, défaillance et sueurs froides, rougeur facile du visage; règles fortes et en avance. *Conium,* aggravation de la tristesse au grand air; peur de la solitude et en même temps répulsion pour la société et la conversation; morosité; état d'assoupissement. *Pulsatilla* est indiquée par : frilosité, accès d'angoisse avec chaleur à la face et mains froides; répugnance pour le mouvement et la conversation; aménorrhée et dysménorrhée.

Forme bénigne. Variété à double forme. On administrera successivement et d'après leurs indications les médicaments des deux formes précédentes.

Forme bénigne. Stupidité. Anacardium est le médicament qui devra être employé en première ligne; c'est lui qui

a donné le plus de guérisons; s'il échoue, on choisira entre *helleborus, hyosciamus, ignatia, nux vomica, platina* et *sulfur* qui ont donné aussi quelques guérisons.

Forme commune. Variété monomaniaque. Les principaux médicaments, sont *phosphorus, platina, cuprum* et *veratrum.*

Phosphorus répond aux symptômes suivants : idées délirantes de grandeur d'une position sociale élevée; erreur sur le lieu où l'on habite; impulsion à se mettre nu; surexcitation, gaieté, avec sensation de chaleur agréable par tout le corps et mains rouges; les objets paraissent plus éclairés et plus gais.

Platina idées de grandeur, d'orgueil avec mépris pour les autres; sensation comme si tout était petit autour de soi et que soi-même on fût très grand; la promenade augmente les idees de grandeurs; sensation de vigueur, de satisfaction, de gaieté qui porte à embrasser.

Cuprum, idée délirante sur sa position sociale; grande excitation avec rire et gaieté folle, accompagnée d'envie de cracher à la figure des assistants. Les accès de gaieté reviennent surtout le soir.

Veratrum, idée de grandeur; gaieté folle accompagnée de rires et de chants quelquefois avec rougeur de la face; d'autres fois avec sueurs foides; impulsion à embrasser tout le monde. Il faudra encore consulter *lachesis* et *mercurius.*

Pendant les périodes de *manie* on consultera l'un des médicaments indiqués dans la forme bénigne, de même pour la *variété lypémaniaque* et la *variété circulaire* de la forme commune.

Forme maligne. Stramonium, belladona, hyosciamus, opium et *veratrum* sont les principaux médicaments. Nous y ajouterons *cantharis* et *lachesis.* On trouvera les indications de ces médicaments en se reportant à

ce que nous avons dit à propos de la forme bénigne et aussi à propos des indications fournies par les variétés d'aliénation. Il ne faut pas craindre d'aborder les doses massives, si les dilutions restent insuffisantes. Les *affusions froides* répétées une, deux et trois fois par jour sont ici d'un grand succès et produisent toujours un calme relatif. Il faut verser l'eau doucement sur la tête et de manière que le vase touche presque les cheveux. On commence par trois seaux d'eau qu'on peut porter successivement jusqu'à huit si cela est nécessaire pour avoir du calme et si le malade fait bien la réaction.

Forme périodique. Les médicaments seront indiqués suivant la prédominance du délire maniaque, lypémaniaque ou monomaniaque.

L'*isolement* est nécessaire au traitement d'un grand nombre de malades; mais quand on peut établir cet isolement à domicile et entourer les malades de toutes les précautions nécessaires, pour maîtriser les impulsions suicides, homicides ou incendiaires. On devra leur éviter la *maison de santé*.

DÉMENCE.

La démence est une maladie essentielle caractérisée par la diminution puis par la perte plus ou moins complète des facultés intellectuelles; par une lésion constante, la destruction des éléments nerveux de la couche corticale du cerveau, avec ou sans atrophie des circonvolutions. Nous verrons que dans certaines formes de la démence il faut ajouter à ces lésions des hémorrhagies, des foyers de ramollissements disséminés tant à la surface que dans les parties profondes du cerveau.

La diminution des facultés intellectuelles, jointe à la destruction des éléments nerveux des circonvolutions, s'observe indépendamment de toute autre maladie et constitue alors la démence essentielle que nous allons décrire. Mais, en outre, cet ensemble de symptômes et de lésions constitue une *affection symptomatique* commune à plusieurs maladies. L'*alcoolisme* chronique, les *affections du cœur*, la *paralysie générale*, l'*épilepsie*, certaines *tumeurs du cerveau*, sont des maladies dans lesquelles la démence apparaît tôt ou tard. Dans la forme commune de la folie, ce symptôme est fort rare et n'atteint presque jamais un degré d'intensité comparable à ce qu'on observe dans les maladies précédentes.

La démence se présente sous quatre formes : *forme commune, forme apoplectique, forme paralytique* et *forme convulsive*.

Forme commune. — Elle se distingue par sa longue durée ; parce qu'elle n'atteint généralement que les vieillards ; parce qu'on n'observe dans son cours ni les attaques convulsives et apoplectiformes répétées, ni la paralysie initiale qui caractérise les autres formes.

Début. La maladie s'annonce par des vertiges, de la somnolence, la diminution de la mémoire et l'affaiblissement du caractère. Ces symptômes se développent fort lentement. Le malade continue ses occupations habituelles, seulement il oublie facilement, il s'endort après le repas ; il est lourd, sans activité ; il a des pesanteurs de tête et des vertiges qui l'effrayent ; son caractère s'affaiblit. Le dément, quoiqu'il devienne souvent plus sujet à la colère, n'a plus la même fermeté dans le caractère ; il cède facilement, s'attendrit outre mesure, et les personnes qui l'entourent constatent que son intelligence *baisse*.

Période d'état. La diminution des facultés intellectuelles fait des progrès ; le malade arrive à l'incohérence et à la niaiserie. Ses réponses sont encore justes ; mais quand il parle spontanément ses discours n'ont plus de suite. Son écriture devient coufuse ; puis bientôt quand elle dépasse quelques lignes, elle présente des oublis de mots, des phrases interrompues, et des fautes d'orthographe inaccoutumées. Les malades deviennent alors incapables de toutes occupations régulières. Un peu plus tard ils perdent la conscience du temps et des lieux ; ils errent à l'aventure et s'égarent dans les rues. Il n'est pas rare d'observer dans cette forme des symptômes d'*aphasie*. Le malade oublie certains mots ; d'autres fois il leur donne une signification nouvelle ; demande son parapluie au lieu de son chapeau, par exemple. Habituellement il fait en même temps erreur sur les choses, ainsi il urine dans un verre ou une assiette croyant avoir le vase de nuit, ou il essaye de se coiffer avec ses bottes.

Enfin on observe quelquefois à cette période une aliénation transitoire. C'est le plus souvent une *agitation maniaque*, d'autres fois une *lypémanie* avec ou sans tendance au *suicide*, ou encore des accès de colère allant jusqu'à la *fureur*. Arrivée à ce degré, la maladie peut encore s'arrêter et même rétrograder ; la mémoire revient, l'incohérence disparaît ; néanmoins les facultés restent toujours extrêmement affaiblies, et on ne peut pas dire que l'état de santé revienne complétement.

Période ultime. Après des rémissions plus ou moins marquées, plus ou moins durables, suivant les circonstances extérieures et suivant le traitement ; quelquefois sans aucun arrêt, la maladie suit sa marche et atteint bientôt sa période ultime. Les facultés disparaissent à peu près complétement ; les malades perdent le souvenir des choses les plus frappantes ; ils parlent de leurs proches

morts depuis longtemps comme s'ils étaient vivants ; puis ils oublient leur âge, leur profession et jusqu'à leur nom ; leurs discours sont tout à fait décousus et ne présentent plus aucun sens. Ils pleurent souvent, quelques-uns ont toujours sur les lèvres un sourire niais et stéréotypé. Les accès de colère, d'agitation et de lypémanie qu'on observe dans la période d'état deviennent de plus en plus rares. Avec ces symptômes on observe une conservation très-remarquable de la vie végétative, l'appétit est exagéré, il y a véritable gloutonnerie, les digestions sont régulières, et chez les individus qui y sont disposés l'embonpoint devient considérable ; aussi, même à cette période, les malades résistent longtemps et fournissent quelquefois une très-longue carrière.

Durée, terminaison. La durée de la maladie est de dix, vingt, trente ans, et quelquefois plus. La mort arrive de différentes manières. Dans les *asiles*, la pneumonie et la diarrhée, quelquefois une parotite, abrégent beaucoup la vie des malades. Mais les individus riches succombent, soit à une apoplexie, soit à une méningite aiguë, soit à un état d'affaiblissement croissant avec quelques symptômes de paralysies terminales ; ce qui dans ce cas rapproche la *forme commune* à sa période ultime de la forme paralytique.

Forme paralytique. — C'est certainement la plus fréquente de toutes ; elle est caractérisée par une paralysie progressive et générale qui se manifeste dès le début ou tout près du début de la maladie.

Les symptômes des fonctions intellectuelles sont les mêmes que dans la forme précédente. Seulement, en même temps ou peu de temps après leur début, la paralysie se montre par une démarche chancelante et un embarras tout particulier de la parole. Les membres supérieurs sont

pris tantôt en même temps, tantôt un peu plus tard. On n'observe jamais dans la démence l'ataxie locomotrice qui constitue la première période de la *paralysie générale des aliénés*. Chez les déments, la paralysie est franche, les jambes sont faibles, les jarrets fléchissent, les pieds sont traînants ; la langue n'est pas déviée, mais la parole est gênée, peu distincte, il semble que les malades aient de la bouillie dans la bouche. On n'observe pas cette hésitation, cet effort si caractéristique dans la paralysie générale.

Cette forme, quoique lente dans sa marche, est cependant plus rapide que la forme commune ; ses rémissions sont plus rares et habituellement moins complètes. La paralysie finit par rendre la marche et la station impossibles ; l'incontinence des urines et des matières fécales vient compliquer considérablement l'état des malades, qui finissent par devenir *gâteux* et par garder constamment la position couchée. Cette dernière période marche alors beaucoup plus vite que les autres, et la mort peut arriver, comme dans la *forme commune;* mais le plus souvent elle a lieu par la formation d'eschares ou par l'extension de la paralysie. La déglutition est gênée, bientôt très-difficile, et les malades périssent lentement par inanition ou subitement par la suffocation déterminée par le bol alimentaire. Cette dernière terminaison arrive quelquefois quand la maladie n'est pas encore très-avancée, par suite d'une paralysie incomplète du pharynx et de la gloutonnerie des malades.

Forme apoplectique. — Cette forme est caractérisée par des attaques répétées d'apoplexie avec ou sans hémiplégie ; la lésion la plus habituelle consiste dans des ramollissements disséminés ; d'autres fois on trouve des hémorrhagies cérébrales ou méningées.

Cette forme débute quelquefois au milieu de la santé par une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie. D'autres fois, ce début est précédé de quelques signes d'affaiblissement des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire. En général, les malades se remettent assez vite de la première attaque, l'hémiplégie guérit plus ou moins complétement; mais ils restent très-abaissés quant au niveau intellectuel. Puis des attaques successives, survenant à des intervalles plus ou moins longs, diminuent chaque fois ce qui restait des facultés intellectuelles, en sorte que les malades arrivent en quelques années à une démence complète. La paralysie se généralise habituellement; mais cependant elle garde presque constamment une prédominance hémiplégique, reconnaissable à la différence de force entre les deux mains, à la déviation de la langue, et surtout à la différence des deux commissures des lèvres. La lypémanie suicide m'a semblé plus fréquente dans cette forme de la démence. La mort a lieu le plus souvent dans le coma, après une attaque plus violente que les autres. Cependant les malades peuvent succomber au même genre de mort que les autres déments.

Forme convulsive. — Cette forme est caractérisée par des accès de convulsions épileptiformes; elle s'accompagne rapidement de paralysie, habituellement généralisée.

Après les prodromes habituels de la démence ou subitement, le malade éprouve une attaque convulsive qui est souvent prise pour de l'épilepsie. Au sortir de cette attaque, on s'aperçoit que la mémoire reste très-affaiblie, et la démence se développe avec les symptômes des autres formes; sa marche est aussi rapide que dans la forme apoplectique, et, comme cette dernière, elle avance par

bonds, faisant des progrès très-rapides après chaque attaque convulsive.

Terminaison. — La mort arrive habituellement dans le coma après des attaques convulsives répétées.

Anatomie pathologique. — La lésion de la démence consiste essentiellement dans la dégénérescence athéromateuse et l'oblitération plus ou moins complète des artères du cerveau. Cette lésion, qui occupe une quantité plus ou moins considérable des réseaux capillaires, produit la destruction du tissu nerveux et sa transformation graisseuse. Cette transformation se rencontre toujours dans la démence; les ramollissements et les hémorrhagies s'observent en plus dans les formes paralytiques, apoplectiques et convulsives.

Les téguments et les os du crâne présentent chez les déments des signes de congestion chronique. Les membranes sont habituellement épaissies, elles présentent des tractus blanchâtres, opalins; la pie-mère est plus ou moins infiltrée par de la sérosité. Toutes les fois que la maladie est très-avancée les membranes paraissent trop grandes pour le cerveau; elles s'enlèvent facilement, et ne sont adhérentes que lorsqu'il est survenu une complication de méningo-encéphalite chronique.

Le *cerveau* est diminué de poids, les circonvolutions sont amaigries. Séparées entre elles par des intervalles plus grands qu'à l'état normal, leur surface est chagrinée, leur couleur jaunâtre; elles sont plus dures, moins élastiques, et leur coupe perpendiculaire permet de constater que l'atrophie se fait principalement aux dépens de la substance grise.

Cette atrophie est plus ou moins générale; elle occupe le plus habituellement la région antérieure; quelquefois elle est limitée à un très-petit nombre de circonvolu-

tions. Au début de la maladie elle manque tout à fait, et l'examen microscopique peut seul faire reconnaître la lésion. Nous empruntons à Marcé la description des lésions microscopiques de la démence :

« Les tubes nerveux et les cellules nerveuses offrent à un degré variable la dégénérescence athéromateuse. Les cellules déchiquetées sur leurs bords, irrégulières, méconnaissables, offrent une coloration jaune ambrée ; leurs prolongements sont rompus ; elles sont couvertes de granulations graisseuses jaunâtres, et finissent par disparaître, laissant à leur place des amas athéromateux. Tantôt les cellules ainsi altérées sont en petit nombre ; tantôt, au contraire, on en trouve à peine quelques-unes ayant conservé quelques traces de l'aspect normal.

« Les tubes nerveux, déformés, rétractés, se couvrent d'abord de granulations ; plus tard, le contenu a disparu et il ne reste plus qu'un cylindre d'aspect noueux, de teinte jaune ambrée, qui fait place, à un degré plus avancé, aux parois de la gaîne revenue sur elle-même ; en dernier lieu, tubes et gaînes ont disparu.

« La paroi interne des capillaires apparaît incrustée de granulations graisseuses jaunâtres qui la recouvrent complétement, s'accumulent de manière à faire saillie dans l'intérieur du vaisseau, et parfois même remplissent toute sa cavité. Cette infiltration graisseuse est très-commune et se présente à divers degrés. Souvent on rencontre, juxtaposées aux granulations graisseuses, des granulations et des cristaux d'hématine, ou des incrustations calcaires, cristallisant par l'addition d'acide sulfurique, qui contribuent à diminuer la perméabilité du vaisseau ou même à l'oblitérer complétement. Des varicosités, des ruptures qui donnent naissance à des hémorrhagies capillaires et à des exsudations hématiques, se rencontrent sous le microscope à côté de ces altérations. »

Indépendamment de ces lésions en rapport avec l'affaiblissement intellectuel, on rencontre toujours des hémorrhagies cérébrales ou méningées, et surtout des foyers de ramollissement en rapport avec les convulsions, les attaques d'apoplexie et les symptômes de paralysie observés pendant la vie. Ces foyers de ramollissement, dans les cas où la paralysie a été générale, se rencontrent disséminés dans les couches optiques, les corps striés, la protubérance, les grands centres de substance blanche et simultanément à la surface de cerveau. Ils sont habituellement jaunâtres, quelquefois blancs, d'autres fois ils présentent les caractères de l'apoplexie capillaire. Ces foyers sont à des degrés d'évolution divers, les uns récents, les autres ne laissant que des cicatrices, des vacuoles, des cavités plus ou moins étendues. Marcé fait observer avec raison que ces lésions sont toujours proportionnées au degré de paralysie.

Étiologie. — La démence est une maladie qui sévit plus souvent dans un *âge* avancé. Cependant on peut, malgré l'opinion généralement adoptée, l'observer avant 40 ans : c'est surtout après 70 ans que cette maladie devient très-commune.

L'*hérédité* joue un rôle considérable dans la production de cette maladie. Elle peut avoir pour origine non-seulement la démence chez les ascendants directs ou collatéraux, mais encore toutes les autres vésanies.

Les habitudes alcooliques, les excès vénériens continués dans un âge avancé, l'abus du tabac, prédisposent à la démence.

Souvent un malheur, une émotion violente, un excès, l'insolation, deviennent l'*occasion* du développement de la maladie qui peut néanmoins éclater en l'absence de toute cause occasionnelle.

Traitement. — La démence est une maladie habituellement incurable. Dans les cas excessivement rares où on est parvenu à arrêter sa marche, les malades sont restés, quant à l'intelligence, bien inférieurs à ce qu'ils étaient avant leur maladie.

Anacardium, opium, belladona, sulfur, sulfure de carbone et *lycopodium*, sont les médicaments principaux dans le traitement de la démence.

Ces six médicaments correspondent à la diminution des facultés intellectuelles, à la perte de la mémoire, et à des paralysies plus ou moins complètes. *Belladona* et *opium* correspondent de plus aux accidents congestifs et hémorrhagiques, si fréquents dans la démence.

Belladona convient principalement dans la forme convulsive et dans la forme apoplectique ; elle convient dans les autres formes toutes les fois qu'il survient des congestions cérébrales; elle est, en outre, indiquée par la paralysie généralisée et incomplète, avec ou sans tremblement, par l'hémiplégie, et surtout par la paralysie de la langue, avec fourmillement, sentiment de froid, tremblement de cet organe.

Opium convient dans des cas très-analogues à la belladone. Pendant les accès convulsifs ou apoplectiformes, la lenteur du pouls et le rétrécissement de la pupille spécialisent son emploi; en dehors de ces circonstances, une somnolence diurne, l'insomnie nocturne, une constipation très-opiniâtre, une paralysie moins généralisée, sont des signes qui demandent *opium* de préférence à *belladone*.

Belladone et *opium* sont indiqués contre la manie, la fureur et les hallucinations qui surviennent accidentellement dans la démence.

Sulfur, qui correspond si bien à tous les symptômes de la démence, sera souvent alterné avec *opium* ou *belladone*.

Une précipitation involontaire dans la marche et dans les mouvements est un signe caractéristique pour l'emploi de *sulfur*. La lypémanie, avec ou sans idée de suicide, indique aussi *sulfur*.

Sulfure de carbone est plus spécialement indiqué par une alternance d'excitation et de démence, par l'impuissance, par les caractères de la paralysie qui frappe surtout les extenseurs et s'accompagne d'atrophie musculaire.

Anacardium correspond à la démence sans paralysie ou avec une paralysie peu avancée ; une certaine férocité dans les sentiments est une indication pour ce médicament.

Lycopodium a moins de signes de la démence que les autres médicaments ; il correspond à l'*aphasie*.

Nous possédons un assez grand nombre de cas de démence arrêtée par *belladona*. Le Dr Hermel a réuni des cas de guérison par *belladona*, *opium*, *anacardium* et *sulfur*. J'ai vu un cas de démence chez un homme de 40 ans, très-notablement améliorée sans aucune récidive pendant près de vingt ans par l'hydrothérapie.

PARALYSIE GÉNÉRALE ESSENTIELLE

OU PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS.

Le nom de *paralysie générale des aliénés*, qui a prévalu jusqu'à ce jour pour désigner cette maladie, consacre une erreur nosologique, puisqu'il tend à faire croire que la paralysie générale n'est qu'une complication de la folie, tandis qu'en réalité cet état morbide constitue une maladie essentielle. Aussi, Bayle, qui le premier en a

donné une description et l'a distinguée nettement de la folie, lui avait donné le nom de *méningite chronique*, et Calmeil, dans ses plus récentes études, s'est rattaché à l'opinion de Bayle et a décrit la paralysie générale comme une *périencéphalite diffuse*. Ces dénominations, empruntées à la lésion de la maladie, sont certes préférables à celles de paralysie générale des aliénés; mais elles ont le tort de faire croire qu'il ne s'agit ici que d'une phlegmasie des méninges ou de l'encéphale, tandis qu'en réalité il s'agit d'une maladie ayant les rapports les plus intimes avec la folie, et que tous les médecins s'accordent avec raison pour réunir dans une même famille naturelle avec la démence. Nous croyons donc qu'il serait plus exact de dire que cette maladie, malgré sa lésion constante, est de l'ordre des névroses, de la classe des vésanies, et qu'il convient de l'appeler *paralysie générale essentielle*.

La paralysie générale est une maladie caractérisée par une aliénation qui dès le début s'accompagne d'affaiblissement des facultés intellectuelles; par une paralysie générale et incomplète; elle a pour lésion constante une méningo-encéphalite diffuse.

La paralysie générale présente quatre formes : la *forme commune*, la *forme convulsive*, la *forme aiguë*, et une *forme périodique*.

Forme commune. — *Début*. Une grande excitation, une augmentation d'activité intellectuelle et physique alternant avec des périodes d'affaissement, constituent les prodromes habituels de cette forme. A cette période, les malades font des entreprises considérables, principalement des acquisitions disproportionnées avec leur fortune. L'imagination fort excitée et le jugement déjà notablement compromis, impriment à tous leurs actes un cachet particulier d'audace et d'imprudence. Ces

malades dorment peu, mangent beaucoup, ils offrent tous les attributs de la santé et font preuve de vigueur physique et d'activité intellectuelle. Quelques malades présentent à cette période une tristesse et des préoccupations sur leur santé, signes avant-coureurs de la lypémanie qui se développe dans la seconde période.

Les symptômes de surexcitation que nous venons de décrire alternent avec des périodes d'affaissement qui sont incompréhensibles pour l'entourage des malades; mais le médecin peut déjà constater des défaillances dans la mémoire, quelquefois une contractilité inégale des pupilles et toujours une certaine hésitation de la parole qui lui permet très-bien de reconnaître, sous les apparences de la santé la plus heureuse, une des maladies les plus triste du cadre nosologique.

On observe dans cette période comme symptômes accessoires des céphalalgies, de la pesanteur de tête, mais surtout des vertiges.

2e *Période*. Le malade conserve son activité maladive; mais les périodes de collapsus sont plus profondes. L'aliénation est devenue évidente pour tout le monde. C'est le plus souvent cette variété connue sous le nom de *monomanie des grandeurs*. Le malade est riche à millions; il parle sans cesse de ses diamants, de son or; il prend des cailloux pour des pierres précieuses; ses haillons pour des vêtements d'or; il est fort, puissant; sa taille a augmenté, elle augmente chaque jour; il commande à l'univers; il se transporte avec la rapidité de la pensée aux extrémités de la terre, livre des batailles, soumet des empires, etc., etc.; en même temps sa mémoire, notablement affaiblie, lui fait oublier les choses les plus familières; il n'a pas la conscience des contradictions flagrantes, des monstrueuses impossibilités de ses conceptions délirantes; il ne sait, il ne peut pas les systéma-

tiser et les défendre comme le fou véritable; la démence est là présente pour tout observateur expérimenté.

Beaucoup plus rarement, ces malades sont atteints de lypémanie, quelquefois avec impulsion suicide, souvent avec préoccupation hypochondriaque, accompagnée d'hallucination relative au corps du malade lui-même, qui s'imagine n'avoir plus de nez, avoir une tête en cire, une jambe de verre, etc.

La paralysie cesse d'être limitée aux muscles de la langue; il y a contraction désharmonique, perte d'équilibre sans affaiblissement réel de la contractilité musculaire, comme dans l'*ataxie locomotrice*. Ce désordre produit surtout de la maladresse dans les mouvements; la démarche devient saccadée, vacillante; le pas est inégal, précipité, avec roideur dans les articulations, mouvements brusques et disproportionnés.

Le bégaiement est caractéristique et ne permet pas de confondre la paralysie générale avec la démence. C'est une sorte d'hésitation dans la parole, dont les unes sont un peu traînantes, tandis que les autres sortent précipitamment, comme par un effort, et sont précédées d'un temps d'arrêt. Le système musculaire est le siége de contraction fibrillaire remarquable surtout aux lèvres quand le malade va parler. La paralysie des membres supérieurs est toujours beaucoup moins avancée que celle des membres inférieurs; et dejà le malade bredouille complétement et a de la peine à marcher, qu'il n'accuse encore qu'une certaine maladresse des membres supérieurs, avec un peu d'insensibilité de la pulpe des doigts. La contractilité électrique est conservée ainsi que le volume des muscles.

La paralysie de la sensibilité, ainsi que celle des sens spéciaux est un symptôme rare.

La dilatation de l'iris n'existe que d'un côté; elle ne

s'allie pas à la paralysie des nerfs moteurs de l'œil : aussi on n'observe pas dans la paralysie générale la diplopie, le strabisme et la chute de la paupière supérieure, si fréquents dans l'ataxie locomotrice.

A cette période, la marche de la maladie est caractérisée par des alternatives d'aggravation et de rémission.

Pendant la période d'aggravation, les malades deviennent *agités;* ils cessent de dormir. La *manie,* accompagnée d'accès de *fureur,* vient remplacer la monomanie, dont cependant on retrouve toujours des traces au milieu des divagations maniaques. La paralysie diminue ou même disparaît pendant ces périodes d'excitation; la parole devient brève, nette, précise, et n'offre plus que très-rarement l'hésitation caractéristique que nous avons signalée; la démarche est assurée, les forces musculaires très-développées; cependant les malades perdent encore facilement l'équilibre.

Après quelques jours ou quelques semaines de durée, l'agitation cesse, le sommeil revient, l'ancien délire reparaît; mais les facultés intellectuelles ont sensiblement diminué et la paralysie a beaucoup augmenté.

La maladie marche ainsi avec des alternatives d'agitation et de calme, la paralysie et la démence progressant, les malades ont des évacuations involontaires, deviennent incapables de se soutenir, et, après douze ou quinze mois, arrivent à la troisième période de la maladie.

Chez quelques malades, la marche des symptômes n'est pas aussi régulière; ces malades présentent non-seulement des temps d'arrêt dans la maladie, mais une amélioration notable, un retour vers la première période, qui permet d'espérer une guérison plus radicale, quoique cet espoir soit presque toujours déçu.

3e *période.* Le malade, déjà amaigri, gâteux, sans fièvre cependant, et mangeant toujours beaucoup, reste attaché

sur un fauteuil ou couché dans un lit.— Il parle toujours d'une voix maintenant inintelligible de sa puissance, de ses richesses, de son or, de ses diamants. Sa figure, déjà flétrie par l'empreinte de la démence, est encore rayonnante de son bonheur imaginaire. Les facultés intellectuelles et les forces musculaires décroissent tous les jours. La paralysie est alors véritable, quoiqu'elle ne soit jamais complète. Bientôt le malade ne peut plus se tenir même assis ; il reste continuellement couché sur le dos, roulant par un mouvement automatique et continu sa tête sur son chevet. L'agitation reparaît encore quelquefois, mais elle est peu marquée, et surtout ne fait plus disparaître la paralysie. — La parole devient tout à fait inintelligible, les facultés intellectuelles disparaissent complétement. Cependant les sens externes et le sentiment de la faim persistent jusqu'au bout. — Une diarrhée incoercible, des eschares, des suppurations, épuisent le malade, malgré la quantité d'aliments qu'il absorbe, et il meurt après dix-huit mois ou deux ans de maladie. Quelquefois, une pneumonie, une pleurésie purulente, l'asphyxie par dysphagie, viennent précipiter le dénouement.

Forme congestive. — Elle est caractérisée par des accès apoplectiformes, avec ou sans convulsions.

Après une période d'excitation et de vertige qui passe quelquefois inaperçue, le malade tombe frappé d'une attaque d'apoplexie comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Seulement, cette apoplexie se dissipe après quelques heures de durée, sans laisser aucune trace. Ces attaques, ces *coups de sang* se renouvellent de temps à autre et s'accompagnent plus ou moins promptement de roideur du tronc et des membres, de convulsions de la face, et souvent ont toutes les apparences d'accès d'éclampsie. Ces accès sont suivis de délire maniaque d'une durée

généralement courte; puis, dans l'intervalle des accès, on ne tarde pas à constater l'hésitation dans la parole, les contractions fibrillaires des muscles de la lèvre supérieure, et la démarche saccadée, vacillante, caractéristique de la maladie.

La deuxième période est caractérisée par le développement de la monomanie spéciale et par l'aggravation du désordre des mouvements. Comme dans la *forme commune*, on observe ici une marche rémittente; seulement, les paroxysmes sont marqués par des accés épileptiformes ou apoplectiformes, suivis quelquefois d'agitation et de manie, quelquefois d'hémiplégie, mais toujours d'une aggravation des symptômes de démence et de paralysie. C'est surtout dans cette forme qu'on voit apparaître les tumeurs sanguines de l'oreille, formées entre le périchondre et le cartilage, et qui laissent des indurations et des cicatrices indélébiles.

La marche de cette forme est plus rapide que celle de la forme commune. Plus rarement, les malades parcourent entièrement la période cachectique, et le plus souvent ils succombent prématurément dans le coma, à la suite d'accès éclamptiformes répétés coup sur coup.

Forme aigue. — Elle est caractérisée par l'agitation maniaque prédominante, par une marche très-rapide. Elle se termine par la mort en quelques semaines.

Elle débute par un accès de manie, l'agitation croît chaque jour; le malade n'a de repos ni jour, ni nuit; il crie, vocifère, et arrive à un état de fureur permanent; il y a fièvre, amaigrissement, refus obstiné des aliments et des boissons. A ce moment, on pourrait le croire atteint de la forme maligne de la folie (délire aigu des auteurs). Cependant, on peut bien saisir, dans les divagations maniaques, des idées prédominantes de richesses

et de toute-puissance, qui mettent sur la voie. Ces accès présentent des rémissions incomplètes et de courte durée, mais qui permettent de constater la démence, le bégaiement, et l'hésitation dans la marche, propres aux paralytiques ; les périodes de calme sont de peu de durée, et le malade, bientôt repris d'agitation et de fureur, ne tarde pas à succomber dans l'épuisement maniaque, comme dans la forme maligne de la folie.

Forme périodique. — L'histoire de quelques malades ayant présenté tous les caractères de la paralysie générale arrivée à la deuxième et même à la troisième période, puis s'étant rétablis pendant plusieurs années, pour être repris des mêmes accidents et succomber après deux ou trois accès semblables, autorise à admettre une forme périodique de la paralysie générale. Seulement, ces faits sont rares et encore trop mal étudiés pour qu'on puisse donner les caractères qui permettent de reconnaître cette forme pendant sa période d'état. C'est seulement une guérison inespérée et non définitive qui vient fixer le diagnostic. Ces rémissions sont très-rarement complètes. Les malades conservent soit une grande exagération dans leurs idées, soit des traces évidentes de paralysie.

Étiologie. — La prédisposition à la paralysie générale est souvent annoncée par un *tempérament* vigoureux, une grande énergie du système musculaire, un esprit actif, entreprenant et très-excitable.

L'hérédité est ici aussi influente que dans les autres vésanies. Le *sexe* et l'*âge* ont une influence considérable sur le développement de la maladie. C'est de 35 à 45 ans que la maladie éclate le plus fréquemment, et les hommes sont pris dans une proportion énorme (5 sur 6). Ces deux circonstances sont en rapport avec les *causes occasion-*

nelles les plus importantes : excès alcooliques, excès vénériens, abus du tabac. Aussi les marchands de vin, les militaires, les marins, et, chez les femmes, les prostituées, fournissent un large contingent à la maladie. C'est pour les mêmes raisons que les habitants du Nord et des grands centres de civilisation sont très-sujets à la paralysie générale. Notons encore, comme cause occasionnelle, les coups à la tête, l'insolation, les chagrins, des efforts intellectuels prolongés. Les lettrés fournissent une plus grande proportion de paralytiques que les illettrés.

L'affection hémorrhoïdaire est extrêmement fréquente chez les malades atteints de paralysie générale, et il existe certainement un rapport étiologique fort important entre ces deux maladies.

Anatomie pathologique.— La lésion de la paralysie générale est constante ; c'est une inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau. Cette inflammation présente à son début, sur la substance grise des circonvolutions et sur les points correspondants, des plaques rosées, formées par un grand nombre de petites ecchymoses fort rapprochées, présentant un piqueté bien apparent, tenace, et ne disparaissant pas par le lavage le plus prolongé ; cette coloration rosée occupe au commencement la couche superficielle de la substance grise, mais plus tard elle envahit toute son épaisseur. Au début, ces plaques siégent principalement sur les *cornes frontales* des hémisphères ; plus tard elles se multiplient, s'élargissent, se réunissent et occupent une grande partie des circonvolutions. La pie-mère présente au niveau de ces plaques une rougeur circonscrite résistant aux lavages et à la macération. Au niveau de ces plaques, des adhérences ne tardent point à s'établir entre

la pie-mère et la substance grise, et quand on dépouille le cerveau de ses membranes, une partie plus ou moins épaisse de la substance grise reste attachée à la pie-mère ; en sorte que les circonvulsions semblent le siége d'ulcérations irrégulièrement arrondies, dont le fond d'un gris rosé présente un aspect granulé. Dans une période avancée, ces adhérences deviennent générales, et la plus grande partie de la substance corticale reste attachée à la pie-mère. La substance grise est alors devenue dure et friable. La pie-mère adhère à elle-même dans l'intervalle de certaines circonvolutions. Les deux lobes antérieurs sont souvent soudés ensemble. Les ventricules contiennent de la sérosité, leur membrane est épaissie et présente de fines granulations. Ces lésions sont plus marquées sur les régions antérieures; le cervelet les présente à un degré beaucoup moindre.

Le microscope permet de reconnaître un grand développement des vaisseaux de la pie-mère et de la substance grise. Dans cette dernière, on trouve un grand nombre de capillaires oblitérés par des globules entassés les uns sur les autres, des épanchements de sérosité, des globules sanguins, des cellules plastiques. Les éléments nerveux sont déformés, disjoints, et subissent la dégénérescence graisseuse.

Indépendamment de ces lésions propres à la paralysie générale, on rencontre encore des lésions accessoires ; et en particulier des hémorrhagies méningées qui coïncident souvent avec des attaques éclamptiformes. D'autres fois ce sont des hémorrhagies cérébrales, variables par leur siége et leur étendue.

Traitement. — Il est malheureusement encore très-défectueux. Dans la *forme commune*, les indications se tirent de la monomanie avec affaiblissement des facultés

et de la paralysie générale, caractérisée spécialement par les bégaiements. *Sulfur, veratrum, causticum, cuprum,* sont les médicaments principaux.

Sulfur est indiqué par l'idée délirante qui fait prendre des haillons pour des habits magnifiques, et des cailloux pour des pierres précieuses; par l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles; par le bredouillement et la paralysie commençante.

Veratrum, idée que l'on est prince; démence avec actes dégoûtants : le malade mange ses excréments; bégaiement. *Cuprum* présente les mêmes symptômes, sans qu'il soit possible encore de préciser davantage cette indication.

Causticum convient davantage quand la monomanie des grandeurs est remplacée par la lypémanie. Ce médicament convient à la démence et à la paralysie commençante et au bégaiement. *Aurum* et *nux vomica* tout à fait au début avec lypémanie et impulsion suicide.

Antimonium crudum est indiqué dans la dernière période, quand les malades sont alités; ce médicament peut encore quelque chose contre les diarrhées excessives et les autres symptômes de cachexie.

L'*agitation* et la *fureur* qui reviennent périodiquement indiquent *belladona* ou *opium.*

Forme congestive. Belladona, opium et *plumbum* sont indiqués de préférence. Ces médicaments conviennent aux accès apoplectiformes, aux convulsions; ils sont indiqués aussi par le bégaiement particulier à la paralysie générale.

La similitude des symptômes qui caractérisent la *forme grave* de la paralysie générale et la forme grave de la folie, indique les mêmes médicaments dans ces deux cas. Seulement la clinique ne possède pas d'exemple de guérison dans cette forme.

Soins hygiéniques. Ils se résument en ces mots : éviter toutes les causes de congestion cérébrale ; supprimer, par conséquent, les alcools, le tabac, les grands repas, l'application intellectuelle ou le sommeil après avoir mangé.

Les rapports si intimes qui existent entre la paralysie générale et les hémorrhoïdes doivent engager le médecin à ne rien faire qui puisse entraver le flux hémorrhoïdal.

MALADIES DES AGES

Sous ce titre, on décrit de simples *souffrances* développées à l'occasion des grands changements physiologiques, connus sous le nom d'*âges*. Certains auteurs rattachent encore à ce chapitre de véritables maladies nées à propos de ces changements. Ces souffrances sont la *dentition laborieuse*, les désordres des premières menstruations, les souffrances de la grossesse et de la ménopause. Les maladies développées sous l'influence des âges sont très-nombreuses : l'*œdème des nouveau-nés*, les *convulsions*, le *choléra infantile*, et les *diarrhées de la dentition*, la *chorée*, les *convulsions* et les *vomissements* des femmes enceintes, la *chlorose*, etc., etc. On voit que cette dernière division est tout à fait arbitraire, qu'elle contient des espèces morbides très-diverses et qu'elle peut être étendue presque indéfiniment. Aussi, nous ne décrirons point les maladies des âges, mais seulement les *souffrances* et les *accidents* qui peuvent accompagner les grands changements physiologiques, tels que la naissance la dentition, la menstruation, la grossesse et la ménopause.

Mort apparente des nouveau-nés. Cet état est dû tantôt à l'asphyxie, tantôt à la syncope, quelquefois à un mélange de ces deux états.

Mort apparente due à l'asphyxie. Elle est causée par la compression du cordon, le décollement prématuré du

placenta, l'obstruction des voies aériennes par des mucosités. Ses symptômes sont le gonflement de la face, la coloration rouge-bleuâtre des téguments, la cessation des battements du cœur. Le *traitement* consiste à laisser couler quelques cuillerées de sang par le cordon, à exciter les muscles respirateurs, soit en projetant de l'eau froide sur le thorax, soit en appliquant le marteau de Mayor sur la région précordiale. L'insufflation pulmonaire et la respiration artificielle offrent de grandes ressources et doivent être continuées longtemps. La persistance de quelques mouvements du cœur doit encourager le médecin à continuer ses efforts, qui souvent ne sont couronnés de succès qu'après plusieurs heures de soins persévérants. Il faut savoir que l'asphyxie des nouveau-nés peut se prolonger fort longtemps sans amener la mort réelle, et qu'une des conditions nécessaires à l'entretien d'un reste de vie est de maintenir la chaleur de l'enfant, ce qu'on obtient à l'aide du bain.

Mort apparente par syncope. Elle résulte d'une déchirure du cordon, d'une hémorrhagie par décollement du placenta. Les symptômes sont la pâleur, l'état de flaccidité, la faiblesse et la rareté des battements du cœur.

Traitement.—Il faut lier le cordon avant de le couper, placer la tête très-basse, projeter de l'eau à la face; bains excitants avec du vin ou de l'alcool, entretenir et exciter la respiration.

Mort apparente par asphyxie et par syncope. Cet état se produirait, d'après Cazeaux, dans l'asphyxie brusque e dans l'asphyxie prolongée. En somme, le mécanisme de cet état est fort mal connu. Nous pensons que c'est un état de syncope sans hémorrhagie. Les symptômes sont identiques à ceux décrits dans le paragraphe précédent, le traitement est le même, seulement il faut insister beau-

coup sur le rétablissement des mouvements respiratoires et pratiquer la respiration artificielle.

Dentition laborieuse. Nous donnerons d'abord, en quelques mots, l'évolution de la dentition physiologique.

La première dentition est à peu près la seule qui soit l'occasion de souffrances et de maladie ; elle se compose de l'éruption de 20 dents, éruption qui commence du sixième au neuvième mois, pour se terminer à la fin de la seconde année ou dans le cours de la troisième. Cette éruption se fait par groupes, séparés par des intervalles de repos. Le premier groupe comprend les deux incisives médianes inférieures. Deux ou trois mois après, apparaissent les quatre incisives supérieures. Les deux incisives latérales inférieures et les quatre premières molaires font leur apparition deux mois après. Ici se trouve un temps d'arrêt plus considérable, qui varie de quatre à cinq mois, et alors apparaissent les canines. Encore un repos de cinq mois, puis les secondes molaires viennent compléter la première dentition. Ces chiffres, que nous empruntons à Trousseau, expriment les faits tels qu'ils se passent habituellement, mais ne tiennent pas compte des termes extrêmes et des exceptions.

Souffrances de la dentition. La *douleur* des gencives avec rougeur d'une joue et pâleur de l'autre, le changement du caractère, l'insomnie avec petits mouvements fébriles constituent les souffrances les plus ordinaires de la dentition. Ces souffrances se prolongent sept à huit jours et cessent avec la sortie des dents. A un degré plus élevé, il se joint des vomissements de lait et une diarrhée contenant des parties de lait indigérées, que les gens du monde prennent pour les germes des dents ; des

plaques érythémateuses sur différentes parties du corps, et souvent une toux laryngée. Contre ces accidents, je conseille *chamomilla* 3e ou 6e dilutions, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Ce médicament suffit toujours dans les cas simples ; il faut aider son action par des bains et par une diminution notable dans l'alimentation des enfants qui, pendant ces accidents, doivent se contenter du sein ou du biberon. *Aconitum* est demandé par la toux laryngée et le mouvement fébrile. Les accidents d'éclampsie, de choléra infantile, et de diarrhée grave sont souvent prévenus par ce traitement.

C'est ici le lieu de rappeler que l'époque du sevrage doit être fixée, non par l'âge de l'enfant, mais par la dentition; qu'on doit, autant que possible, attendre l'éruption des canines, et, dans tous les cas, choisir une des *périodes d'arrêt* qui sépare l'éruption des différents groupes pour opérer ce changement souvent si périlleux.

Souffrances de la menstruation. Les règles, dans nos climats, apparaissent habituellement vers l'âge de 14 ans : elles peuvent commencer à 12 ans, ou être retardées jusqu'à 18 ans; très-exceptionnellement elles se manifestent dès l'âge de 7 ans, ou attendent 20 et 22 ans pour se manifester.

La menstruation régulière revient tous les vingt-huit jours. Le premier jour c'est une simple apparition ; l'écoulement sanguin est plus fort le deuxième et le troisième jour ; il se maintient quelquefois le quatrième jour, puis il diminue beaucoup, pour se terminer le cinquième ou le sixième jour. Le sang doit être rouge et sans caillot. Il peut revêtir une odeur assez forte, sans que la femme soit malade. La quantité de sang perdu est très-difficile à apprécier. Généralement, le nombre des serviettes salies par une femme en bonne santé varie de 6 à 8 ; la perte

de sang, pour être normale, ne doit jamais affaiblir la malade.

Les règles qui viennent avant vingt-huit jours avancent, celles qui viennent après retardent ; celles qui ne durent qu'un jour ou deux sont trop courtes, celles qui durent huit jours et plus sont trop longues.

Les règles s'interrompent presque constamment pendant la grossesse et l'allaitement ; cependant, il y a des femmes qui continuent à être réglées pendant les premiers mois de la grossesse et un plus grand nombre qui voient leurs règles reparaître pendant l'allaitement. Ce dernier désordre a de grands inconvénients : il diminue le lait des nourrices, il contribue à les épuiser, et enfin c'est une condition favorable pour le développement d'une grossesse prématurée. La grossesse force presque toujours à interrompre l'allaitement, non parce que le lait d'une femme grosse est nuisible au nourrisson, mais parce que la femme qui continue à nourrir pendant sa grossesse s'expose à l'avortement et à un épuisement considérable.

Il est rare qu'une femme qui n'a pas ses règles devienne enceinte. Cependant les exceptions à cette loi sont assez nombreuses.

C'est vers l'âge de 45 ans que les règles commencent à se déranger ; elles retardent ou avancent, diminuent habituellement de quantité, puis finissent par disparaître tout à fait.

La ménopause peut commencer avant 40 ans ; elle peut se prolonger jusqu'à 50 ans et au-delà. Les femmes qui ont été réglées très-jeunes et très-abondamment restent le plus souvent réglées fort tard.

Il faut distinguer des règles les hémorrhagies utérines qui surviennent à *tout âge*, sous l'influence de maladies diverses de fièvres éruptives et continues, purpura, etc.

Amenie ou retard dans la première apparition des règles. Le plus souvent ce retard est lié à la chlorose, et nous n'avons pas à nous en occuper ici; mais ce retard peut exister comme une simple anomalie, sans être lié à aucune maladie déterminée; d'autres fois, il tient à un vice de conformation.

Aménie simple. Cet état est caractérisé par un effort incomplet vers la menstruation. Chaque mois, la jeune fille éprouve les symptômes qui précèdent habituellement l'écoulement menstruel : impressionnabilité nerveuse, insomnie, douleur de rein, pesanteur et chaleur dans l'hypogastre, leucorrhée, gonflement douloureux des seins. Ces souffrances se prolongent souvent pendant une semaine, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au mois suivant. Cette *aménie* peut se prolonger pendant plusieurs mois. *Pulsatilla* et *causticum* sont les deux médicaments qui conviennent le mieux. *Pulsatilla,* 6e dilution, et *causticum,* 30e. On donne les médicaments deux fois par jour pendant quatre jours; repos quatre jours; continuer pendant un mois *pulsatilla* et le mois d'après *causticum.*

L'*aménie* qui tient à un vice de conformation est beaucoup plus grave; ce vice de conformation est une *imperforation.*

L'imperforation est de plusieurs espèces : occlusion du vagin par un simple diaphragme; absence complète de la cavité vaginale, occlusion du col utérin, à son orifice externe ou à son orifice interne. Cette *aménie* a des symptômes communs et des symptômes propres à chaque espèce. Les symptômes communs sont : l'absence de l'écoulement du sang menstruel; l'apparition, chaque mois, de tous les symptômes qui accompagnent la menstruation, symptômes que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent. Il faut y ajouter la formation d'une tumeur dans l'hypogastre. Cette tumeur, formée

par le sang accumulé dans l'utérus, n'est d'abord perçue que par le *toucher rectal*; les mois suivants, elle apparaît à l'hypogastre et finit par atteindre un développement qui se rapproche plus ou moins de celui de la grossesse à terme.

Symptômes propres à chaque espèce d'aménie par occlusion. Dans l'occlusion vaginale, le toucher fait reconnaître immédiatement l'obstacle et permet de constater si l'occlusion est due à un diaphragme mince et dépressible, au-dessus duquel on sent le liquide menstruel accumulé; ou si la cavité vaginale manque complétement. Dans ce cas le toucher rectal, aidé d'une sonde placée dans la vessie, est nécessaire pour constater l'absence du vagin.

Quand l'occlusion siége sur l'orifice interne du col utérin, le doigt arrive sur le col qui conserve sa longueur et sa consistance normales; si l'occlusion porte sur l'orifice externe, le col participe au développement de l'utérus; il est complétement effacé; et on sent, au fond du vagin, le globe utérin distendu par du sang.

Cette aménie est très-grave, elle peut se terminer par la mort, soit que l'utérus se rompe, soit que les malades s'épuisent et succombent dans la cachexie. Le *traitement* est purement chirurgical; il faut donner issue au sang épanché et rétablir l'ouverture oblitérée. Cette opération est souvent mortelle, surtout quand l'occlusion siége sur le vagin; on diminue les chances de mort en faisant de grandes injections dans la cavité utérine avec de la teinture d'iode étendue d'eau.

Les règles qui viennent avant 12 ans constituent un désordre habituellement lié à une disposition hystérique; il n'y a pas autre chose à faire qu'à mettre en usage le traitement prophylactique de l'hystérie. Si en même

temps les règles prématurées sont trop abondantes, il faut recourir au traitement de la *ménorrhagie*.

Les *règles qui avancent* de huit à quinze jours affaiblissent habituellement les malades et peuvent devenir la cause de la chlorose. *Ignatia* est le médicament qui remédie le plus sûrement à ce désordre; on le donne à la 12e dilution.

Les *règles qui retardent* n'ont pas, la plupart du temps, d'inconvénients pour la santé des femmes. Le *traitement* qui convient le mieux est celui de l'aménie. Les *coliques menstruelles* étant liées à la plupart des affections utérines ne peuvent trouver leur description ici, nous renvoyons à l'article *dysménorrhée*.

Souffrances de la grossesse. Ce sont des nausées, la salivation, les vomissements d'eau le matin, les vomissements d'aliments en mangeant ou aussitôt manger, avec la faculté de manger de nouveau immédiatement après, les changements dans le goût, la somnolence diurne; les changements de caractère, les impulsions maladives, les chaleurs de la face, les palpitations, un défaut d'équilibre qui rend les chutes faciles; le ténesme urinaire, la constipation. Nous ne parlons ni des *vomissements incoercibles*, ni de l'*albuminurie*, ni de l'*éclampsie*, ni des autres maladies qui peuvent se développer à propos de la grossesse.

Aconitum, *ipeca* et *nux vomica* remédient à la plupart des souffrances de la grossesse.

Ménopause. L'âge critique ou de retour s'accompagne, chez un grand nombre de femmes, de souffrances nombreuses. Ce sont des chaleurs passagères qui montent à la face, par *bouffées*, et se terminent habituellement par une sueur générale et instantanée; des vertiges extrêmement

variables, des fourmillements dans les membres, de l'insomnie nocturne avec somnolence diurne, un sentiment de faiblesse extrême, des palpitations, de l'essoufflement, des gonflements du ventre, des pesanteurs à l'hypogastre avec des douleurs de reins; des impulsions maladives, et principalement de la tristesse.

Lachesis est le médicament principal de la ménopause; il remédie à la plupart des souffrances de cet âge, et prévient les maladies graves qui l'accompagnent si fréquemment. J'ai souvent remplacé *lachesis* par *vipera torva*.

MALADIES COMMUNIQUÉES

Ces maladies ont pour caractère de ne se développer jamais spontanément chez l'homme et d'être inoculables. Trois de ces maladies sont fatalement mortelles quand un traitement approprié ne parvient pas à enrayer leur marche naturelle, ce sont : la *rage*, la *morve* et la *pustule maligne*. Ce sont elles que nous allons décrire dans ce chapitre. Nous avons déjà présenté, à propos du traitement de la variole, l'histoire de la *vaccine*, qui est aussi une maladie communiquée.

RAGE.

La rage est une maladie qui se développe spontanément dans les espèces *canis* et *felis*, et qui est caractérisée chez l'homme par une incubation de plusieurs semaines à plusieurs mois ; par l'horreur de l'eau ; par des phénomènes convulsifs, particulièrement par un spasme du pharynx, qui s'oppose à la déglutition. La mort arrive du 4e au 5e jour, par un spasme des muscles de la respiration.

La rage présente-t-elle plusieurs formes ? Nous manquons de matériaux suffisants pour résoudre cette question, tous les enragés offrent à peu près les mêmes symptômes ; et il semble ici que l'énergie de la cause externe fasse violence à l'organisme et le con-

traigne à parcourir toujours le même processus pathologique. Cependant, il y a quelques différences que nous indiquerons chemin faisant.

Période d'incubation. Elle est habituellement de 40 jours; ses limites extrêmes sont 14 jours et un an. Pendant cette période, quelquefois très-longue, aucun symptôme ne peut faire soupçonner la terrible maladie qui est là en puissance et qui va éclater d'un moment à l'autre. La plaie se cicatrise comme une plaie simple, et toutes les fonctions s'exécutent avec leur intégrité physiologiqne. Peut-être pourrait-on signaler cependant une surexcitation du sens génital.

Période de prodromes. Une tristesse et une inquiétude vague; une soif vive sont les premiers symptômes du début. Le malade, devenu très-impressionnable, recherche la société par un besoin de distraction et la fuit par un sentiment de malaise indéfinissable. On a signalé, dans un certain nombre de cas, un travail et des douleurs dans la cicatrice de la morsure. Cette période se prolonge plusieurs jours, puis apparaît le frisson convulsif qui marque le début de la maladie.

Ce frisson convulsif apparaît presque constamment la première fois quand le malade boit, d'autres fois c'est lorsqu'il se lave la figure ou les mains. A partir de ce frisson, la rage arrive rapidement à sa *période d'état*; tout émeut le malade, et sa figure exprime l'angoisse et la frayeur; sa face est pâle, ses yeux cernés, ses cheveux en désordre, son intelligence est intacte. Pressé par la soif, il *veut* boire et, réunissant toute son énergie, il porte son verre à sa bouche; mais à peine quelques gouttes de liquide ont-elles touché le pharynx que le malade, comme poussé par un ressort, rejette le liquide introduit dans la bouche; et est pris de ce frissonnement convulsif qui a marqué le début de la maladie. Plus tard, le frissonnement est rem-

placé par de véritables convulsions. Ces convulsions commencent par la face et se propagent rapidement au reste du corps. Elles sont d'abord cloniques, puis ensuite toniques. Les accès sont déterminés par la vue d'un liquide et surtout par les tentatives de la déglutition de ce liquide; la vue d'un objet brillant, le contact de la main, l'agitation de l'air produite par l'ouverture d'une porte suffisent souvent pour déterminer les convulsions.

Le *satyriasis* et la *nymphomanie*, l'hyperesthésie de la peau, l'enrouement et la raucite de la voix, les hoquets, les nausées, l'accumulation dans la bouche d'une salive écumeuse qui s'écoule sous forme de bave, ou que le malade rejette par un crachottement continuel, complètent le tableau de la maladie à sa période d'état.

Les accès convulsifs se rapprochent et les malades succombent, suffoqués par le spasme des muscles de la glotte, ou lentement asphyxiés par la contracture des muscles respiratoires.

Etiologie. — La rage ne se développe qu'à la suite de l'inoculation de la salive d'un animal enragé; cette inoculation a lieu habituellement par morsure, mais elle peut se produire par le contact de la salive avec une partie excoriée. Les faits de rage développés à la suite de la morsure d'un chien en fureur sont très-contestables. Tous les hommes ne sont pas prédisposés à contracter la rage; ainsi, quand plusieurs personnes ont été mordues, un petit nombre seulement contracte la rage. Cette vérité doit toujours être présente à l'esprit quand on veut apprécier la valeur d'un traitement préventif. La rage a pu être inoculée de l'homme au chien.

Traitement. — *Prophylaxie*. La cautérisation avec le fer rouge ou avec un caustique énergique est universel-

lement recommandée, et comme ce moyen peut avoir une réelle efficacité, on ne doit pas le négliger. La recherche et la cautérisation des *lysses* devra être faite, non pas quand la maladie est déclarée, mais pendant la période d'incubation. Ces lysses sont de petites vésicules qui apparaissent, dans les premiers jours de l'inoculation, sur les parties latérales du frein de la langue. Leur durée est éphémère, elles devront donc être recherchées tous les jours jusqu'au 22e jour.

L'administration de *stramonium* et *cantharis*, alternés d'abord avec huit jours d'intervalle, puis quinze jours, sera continuée pendant un an.

Traitement curatif. Cantharis, belladona, stramonium, hyosciamus, mercurius, veratrum et *lachesis* sont les médicaments qui devront être essayés. Parmi ces médicaments *stramonium* et *lachesis* nous paraissent les plus indiqués; nous alternerions les deux médicaments à la 3e dilation, une dose toutes les deux heures. Si aucune amélioration ne se produisait après vingt-quatre heures, nous prescririons les mêmes médicaments à dose massive; *vipera* pourrait remplacer *lachesis*.

MORVE ET FARCIN.

La morve est, comme la diathèse purulente, caractérisée par la tendance à la transformation purulente des solides et des liquides coagulables de l'économie; elle présente de plus une tendance à l'ulcération et à la gangrène.

La morve et le farcin ne constituent pas deux formes, mais seulement deux variétés de la même maladie, et toute la différence consiste dans la présence ou dans l'absence de l'affection ulcéreuse de la membrane pituitaire;

affection ulcéreuse qui s'accompagne d'un *jetage* plus ou moins abondant et a mérité le nom de *morve* à la maladie.

Cette maladie, qni se développe spontanément chez les solipèdes, est *inoculable* et *contagieuse* pour l'espèce humaine, à laquelle elle se communique très-facilement. Ce sont les palefreniers et les cochers qui présentent le plus souvent des cas de morve. Dans certains cas, il est extrêmement difficile de remonter à la source de la contagion. Ainsi, on a observé cette maladie chez une femme qui travaillait à détresser du crin; je l'ai vue chez un brocanteur qui avait vendu des harnais; on cite des observations chez des personnes qui n'avaient eu aucun rapport apparent avec les chevaux.

La morve est contagieuse de l'homme au cheval et de l'homme à l'homme.

La morve présente trois formes à étudier: la *forme commune*, la *forme chronique* et la *forme bénigne*.

Forme commune. — L'incubation varie de vingt-quatre heures à huit jours. La maladie est précédée par de la courbature, des douleurs dans les membres, un grand affaissement et une violente céphalalgie; elle débute par un frisson avec tremblement. Le mouvement fébrile est continu; le pouls, fréquent, varie de 120 à 140; la chaleur est intense; les douleurs vagues du début se transforment en douleurs articulaires qui simulent le rhumatisme. L'affection des fosses nasales ne tarde pas à se montrer, elle est caractérisée par le gonflement érysipélateux d'un côté de la face, la tuméfaction de l'œil du côté correspondant et l'écoulement d'une sérosité putride par la narine. Si on examine la membrane pituitaire, on y constate des ulcérations qui vont quelquefois jusqu'à la destruction de la cloison; les ganglions sous-maxillaires qui correspondent à la narine affectée se tuméfient plus ou moins. Souvent

les deux narines finissent par se prendre; en même temps apparaissent sur les muqueuses buccale, pharyngienne et laryngienne des ulcérations de même nature; sur la peau des pustules variables de nombre et de forme; dans le tissu cellulaire, les muscles et les jointures, des collections purulentes formées avec une extrême rapidité. Cependant le malade s'affaisse de plus en plus, le pouls s'accélère et devient insensible; la diarrhée s'établit; il survient des gangrènes soit de la face, soit de la bouche, soit dans d'autres points; et le malade succombe le plus souvent à la fin du premier septénaire.

Nous ne connaissons pas d'exemple de guérison dans cette forme de la morve.

Quand l'affection nasale ne se développe pas, la maladie a reçu le nom de *farcin;* elle s'accompagne des mêmes symptômes que nous venons de décrire, et elle suit une marche identique.

Forme chronique. — Cette forme est caractérisée par la marche plus lente de la maladie, et le plus souvent par l'apparition tardive de l'affection des fosses nasales, ce qui a fait dire que *presque toujours la morve chronique succédait au farcin chronique.*

Assez souvent la forme que nous décrivons débute avec un appareil fébrile assez intense et la formation d'un abcès : l'abcès étant ouvert, la fièvre se calme, et la maladie revêt une marche chronique; elle est caractérisée par la formation successive de collections purulentes, par des douleurs articulaires et par un affaiblissement progressif. Les ulcérations du larynx et de la trachée se montrent assez vite; elles déterminent de l'aphonie, de la toux, de la dyspnée, et se compliquent quelquefois de bronchite et de pneumonie. Enfin, le plus souvent, apparaît vers la fin, l'affection des fosses nasales avec le je-

tage qu'elle détermine. Si cette affection se montre prématurément, on dit qu'il y a *morve chronique;* si elle n'apparaît pas du tout, c'est le *farcin chronique*. On voit par là combien ces dénominations sont vicieuses, puisqu'elles font reposer la détermination des formes sur la présence ou l'absence d'un symptôme qui n'a aucune influence sur la marche de la maladie.

Habituellement, le malade périt d'épuisement et de fièvre hectique, quelquefois cependant l'état aigu reparaît, et on dit que la morve aiguë succède à la morve chronique.

Forme bénigne. — Cette forme est incontestable chez le cheval; existe-t-elle aussi chez l'homme? Dans ce cas, ce serait à elle qu'il faudrait rapporter les quelques cas de guérison que l'on a observés dans cette maladie.

Chez le cheval elle est caractérisée tantôt par la présence d'un symptôme isolé ou d'un petit nombre de symptômes, comme un abcès ou quelques boutons farcineux; tantôt par une marche moins rapide des accidents et une intensité moindre des symptômes. Elle guérit souvent par un traitement approprié et surtout par un changement de régime.

Traitement. — Les succès obtenus par les vétérinaires à l'aide de l'arsenic et de la noix vomique doivent engager les médecins à expérimenter ces médicaments chez les malades atteints de morve. La pathogénésie de l'arsenic contient un grand nombre de symptômes qui indiquent ce médicament dans la deuxième période de la forme commune et à toutes les périodes de la forme chronique. *Silicea* et *hepar sulfuris* sont encore indiqués dans cette forme. *Aconitum* convient mieux au début de la *forme commune*.

PUSTULE MALIGNE.

La pustule maligne est une maladie résultant de l'inoculation des maladies charbonneuses développées spontanément chez les animaux : *sang de rate* des moutons, *fièvre charbonneuse* du cheval, *maladie de sang* dans l'espèce bovine.

Chez l'homme, cette maladie est caractérisée par une affection locale, *bouton gangréneux* ou *œdème*, et par le développement plus ou moins rapide d'une fièvre gangréneuse.

Les bergers, les équarisseurs, les ouvriers qui travaillent les dépouilles des animaux morts du charbon, sont les victimes habituelles de cette maladie. Cependant, comme la cause de la contagion peut incontestablement être transportée par les mouches qui se nourrissent des cadavres d'animaux morts du charbon, cette maladie peut se communiquer à toutes les personnes qui habitent les pays dans lesquels sévissent les épidémies de maladie charbonneuse.

Le simple contact suffit pour le développement de la maladie, et c'est même là le cas le plus commun; une solution de continuité favorise cependant la transmission. Il y a des personnes qui paraissent réfractaires à la maladie, tandis que d'autres la contractent avec la plus grande facilité. Ce fait trouve son explication dans la présence ou l'absence de la *prédisposition*.

Le pustule maligne est transmissible de l'homme à l'homme, de l'homme aux animaux.

1re *forme, pustule maligne*. Elle débute par une petite

tache analogue à une piqûre de puce ; cette petite tache, d'un rouge variable est toujours pruriteuse ; presque constamment elle se recouvre d'une vésicule initiale ; d'autres fois, c'est une bulle ou une papule.

La vésicule ou la bulle se crève ou est déchirée par les doigts du malade ; la papule s'affaisse et l'*eschare* apparaît, d'abord jaune, puis grise, puis noire ; elle est dure, déprimée et varie en étendue de quelques millimètres à trois centimètres. Un *cercle de vésicules*, tantôt discrètes, tantôt confluentes, entoure l'eschare ; et, pendant la marche envahissante de la gangrène, un second et un troisième cercles vésiculaires se développent. Les vésicules du cercle les plus excentriques sont toujours les plus grosses. L'eschare et les cercles concentriques des vésicules qui l'accompagnent constituent une *tumeur* extrêmement dure qui pénètre à deux ou trois centimètres de profondeur. Les tissus voisins se tuméfient plus ou moins. Cette tuméfaction a la consistance de l'œdème. La tumeur charbonneuse est chaude, brûlante, pruriteuse ; la coloration, d'abord grisâtre, varie ensuite du rouge sombre au violacé ; des traînées de lymphangite partent des différents points de cette tumeur.

Quand la tumeur charbonneuse a subi son évolution entière, c'est-à-dire habituellement quarante-huit heures après le début, apparaissent les symptômes généraux : malaises, frissons, fièvre intense, prostration ; puis, lorsque la maladie doit avoir une issue fatale : vomissements, prostration extrême, faiblesse du pouls, refroidissement de la peau et de l'haleine, dyspnée et mort, comme dans la période algide du choléra.

Si, au contraire, le malade doit guérir, une réaction inflammatoire s'établit à la fin du premier septénaire ; la tumeur rougit, le corps se réchauffe ; les accidents graves disparaissent ; souvent la réaction est trop forte, la tumeur

suppure; et il se développe un phlegmon, plus ou moins étendu.

2e *forme, œdème malin.* Cette forme siége habituellement aux paupières; elle peut, au contraire de la pustule maligne, débuter par les membranes muqueuses. Elle est plus grave que la forme précédente; elle est constituée par une tumeur œdémateuse, molle dans toute son étendue, violacée. Sur cette tumeur, se développent, au bout de deux ou trois jours, des eschares gangréneuses. Les symptômes généraux sont les mêmes que dans la forme précédente.

Traitement. — *Arsenicum* à l'intérieur et à l'extérieur est le principal médicament. La première trituration sert à faire une pommade qu'on applique sur la tumeur. Je prescris 1 gr. pour 4 gr. d'axonge; à l'intérieur, j'emploie la 3e trituration : 20 centigrammes dans 200 gr., une cuillerée tous les deux heures. Une solution concentrée de sublimé corrosif ou mieux le sublimé grossièrement pulvérisé constitue un caustique excellent. Avant l'application du médicament externe, on excise l'eschare et on déchire les vésicules.

On a obtenu des succès rapides par l'administration du liquide inoculable dynamisé.

MALADIES PARASITAIRES

On rencontre des animaux et des végétaux parasites chez l'homme malade dans des circonstances bien diverses. Souvent ces parasites ne constituent qu'un élément de la lésion : tels sont les *vibrions* qui se développent dans les produits morbides purulents ou même dans le sang pendant les maladies graves ; les *mucédinés* et les cryptogames, qui naissent dans le *muguet* et les fausses membranes des muqueuses. Dans d'autres circonstances, les parasites jouent un rôle bien plus important; ils ne sont le produit d'aucun état morbide; mais, au contraire, ils constituent des maladies indépendantes et distinctes. Ce sont là les vraies *maladies parasitaires*.

Néanmoins, il faut encore ici tenir grand compte de la *prédisposition*, sans laquelle les maladies ne peuvent se développer : il faut savoir que les œufs d'helminthes et les spores du tricophyton ne se développent que dans certains organismes, tandis que d'autres sont complétement réfractaires.

Les parasites se divisent naturellement en *parasites animaux* et *parasites végétaux*.

PARASITES ANIMAUX

Obligé de nous renfermer dans des limites fort étroites, nous laisserons de côté la question d'histoire naturelle pour ne traiter ici que le côté pratique du sujet.

Vers intestinaux. Nous décrirons les quatre espèces les plus communes : le *tænia*, les *lombrics*, l'*oxyure vermiculaire* et le *trichocéphale*.

Les vers intestinaux ne se développent jamais spontanément chez l'homme. Les œufs de ces vers sont introduits dans l'estomac avec les aliments, et le *traitement* consiste principalement dans l'administration des substances parasiticides. Un certain nombre de médecins homœopathes ont l'habitude de traiter les vers intestinaux par des médicaments à dose infinitésimale. Bien que ce mode de traitement fasse disparaître le plus souvent les souffrances déterminées par les vers et finissent par amener leur expulsion, nous croyons que le traitement par les *vermicides* est plus sûr et plus prompt.

Tænia. On en distingue deux espèces : le *tænia solium* et le *bothriocéphale* ou *tænia lata*. Le premier, remarquable par la longueur de ses anneaux, est répandu dans presque tous les pays ; le second, plus large, moins long, a des anneaux très-larges et très-courts, qui ressemblent à des rides. Il est propre à certaines régions : à la Suisse et à la Russie. On sait que le tænia est un ver plat, long de 7 à 12 mètres, presque toujours *solitaire*. Le tænia se tient habituellement dans la partie supérieure de l'intestin grêle, il pénètre quelquefois dans l'estomac. Ses symptômes sont : des malaises vagues, un sentiment de fatigue, de l'amaigrissement, des douleurs abdominales et la sensation d'une boule, la salivation, quelquefois la boulimie, le prurit au nez, mais surtout à l'anus ; des vertiges, des lipothymies. On a observé dans quelques cas rares, et chez des individus prédisposés, le développement de *convulsions, de chorée* et de *paraplégie*.

Les œufs du tænia sont introduits principalement avec des viandes crues, soit de bœuf, soit de porc. L'hypothèse qui attribue exclusivement le tænia au cysticerque,

cause de la ladrerie du porc, ne répond pas à tous les faits, puisque cette maladie se développe fréquemment chez les enfants nourris de *viande de bœuf crue*. L'eau est probablement le véhicule des œufs du tænia dans un grand nombre de cas. Le tænia, lorsqu'il se développe, dans un parenchyme, au lieu de se développer dans l'intestin, affecte une forme bien différente et constitue les *tumeurs hydatides*.

Traitement. — Les principaux médicaments sont le *cousso*, l'*écorce de racine de grenadier* et la *fougère mâle*.

Les fleurs du *cousso* (Brayera anthelmintica) constituent un remède fort efficace; on l'administre à la dose de 15 grammes, infusé pendant dix minutes dans 250 grammes d'eau bouillante; on avale l'eau et la substance.

L'*écorce de racine de grenadier* constitue un remède très-sûr; on l'administre de la manière suivante : on fait bouillir 60 grammes d'écorce fraîche de racine de grenadier dans 750 grammes d'eau; on fait réduire jusqu'à 500 grammes, que le malade prend en trois doses à une heure d'intervalle.

La *fougère mâle* est un remède efficace contre le tænia et principalement contre la bothriocéphale. L'*huile éthérée* est la meilleure préparation; on l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, suivant l'âge des malades; on prépare des pilules avec un extrait et une poudre inerte, et le malade prend ces pilules dans l'espace d'une heure, il est nécessaire d'administrer, le lendemain, 30 grammes d'*huile de ricin*.

Le traitement est reconnu efficace quand la tête du tænia est expulsée. Cette tête, grosse comme celle d'une épingle, se reconnaît à ses suçoires.

Jahr (Nouveau Manuel de médecine homœopatique)

conseille *sulfur* et *mercurius* administrés à longue période, et si ces médicaments ne réussissent pas après plusieurs mois, il indique une douzaine de médicaments à essayer, il est donc plus pratique d'administrer un *tæniafuge* que de faire subir au malade toutes ces tentatives. Je dois dire cependant que j'ai réussi une fois très-rapidement avec *stannum* (12).

Ascarides lombricoïdes. Ces vers sont ainsi nommés à cause de leur ressemblance avec les vers de terre. Ils habitent exclusivement dans l'intestin grêle, et quand ils pénètrent dans une autre cavité, ils ne tardent pas à y périr. Cette maladie reconnaît une seule *cause*, l'introduction des œufs d'ascarides dans le tube intestinal. Ces œufs sont habituellement contenus dans l'eau non filtrée qui sert de boisson ; il ne faut donc accuser ni le lait ni les fruits. Ces ascarides ne se multiplient pas dans l'intestin ; leurs œufs sont toujours expulsés avant d'avoir eu le temps d'éclore.

Les *ascarides lombricoïdes* déterminent du malaise, un état de pâleur avec yeux brillants et cernés, la fétidité de l'haleine, des nausées, des coliques, un prurit habituel au fondement et au nez ; ils peuvent causer des accidents graves. Ce sont des *abcès vermineux*, des *hémorrhagies* par perforation de vaisseaux, des symptômes d'*étranglement*. Les ascarides pénètrent quelquefois dans les voies biliaires et y déterminent des abcès, ils remontent dans l'œsophage et peuvent, en pénétrant dans le larynx, produire une suffocation mortelle. Plusieurs fois les ascarides lombricoïdes ont produit tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, symptômes qui ont disparu avec l'expulsion des vers.

Traitement. — La *mousse de corse* mais surtout le *se-*

men-contra sont les meilleurs vermifuges de l'ascaride lombricoïde.

La *santonine*, principe actif du *semen-contra*, est une bonne préparation : on fait des dragées de santonine qui sont d'une administration facile, la dose de *santonine* est de 5 à 20 centigrammes trois jours de suite; la dose de *semen-contra* de 1 à 6 grammes, et celle de la *mousse de corse*, 15 grammes infusés dans 120 grammes d'eau ou dans du lait. Le *calomel* à dose purgative, 50 centigrammes à 1 gramme, est un vermicide excellent. *Cina*, à dose homœopatique, fait disparaître assez facilement les symptômes vermineux; nous n'avons pas trouvé que ce médicament eût une propriété vermicide. Jahr conseille *sulfur* et *mercurius, aconitum, cina, sabadilla* et plusieurs autres médicaments.

Ascarides vermiculaires ou *oxyures*. Ce vers n'a que 2 à 4 millimètres de long; il est mince comme un fil, extrêmement multiplié; il occupe surtout la partie inférieure du rectum; et, le soir, il descend à l'anus, sort au dehors et pénètre quelquefois dans les organes génitaux de la femme. Ce ver excite des démangeaisons excessives qui apparaissent surtout le soir, au moment où il se promène; l'*oxyure* peut produire les mêmes troubles nerveux que l'*ascaride lombricoïde*; il se diagnostique facilement par l'inspection de l'anus. Cette affection est très-rebelle et sujette à récidives.

Traitement. — Les vermifuges précédents ont peu d'action sur l'oxyure. L'*huile de ricin* les expulse en grand nombre; des lavements d'huile, de suie, d'ail, ou d'acide phénique, réussissent beaucoup mieux; la dose d'acide phénique est de 25 à 50 centigr. pour 125 gr. d'eau.

Teste (*Maladies des Enfants*) conseille de donner successivement *lycopodium* (30), *veratrum* (18) et *ipécacuanha* (9).

Trichocéphale. C'est le plus rare des vers intestinaux; il est linéaire, mais atteint la taille de 6 centimètres; il habite le côlon et en particulier le cæcum; il n'a pas de symptômes propres; quand il est en très-grand nombre, il produit des symptômes de méningite. Le *semen-contra* et les *mercuriaux* constituent le traitement de ce ver.

La *trichine.* C'est une maladie parasitaire produite par la *trichina spiralis*; elle se développe chez les personnes qui se nourrissent de la viande de porc cru ou cuite très-imparfaitement. Ces vers, introduits dans l'intestin, y prennent un développement considérable comme taille, ils deviennent féconds et produisent une quantité innombrable de petites trichines. Ces petits vers percent l'intestin, pénètrent dans les muscles de l'abdomen, dans le diaphragme, et finissent par envahir tout le système musculaire. Si le malade survit, chaque trichine meurt et s'enkyste. Le premier symptôme de la maladie est un violent frisson avec malaise, grande faiblesse, anxiété, dyspnée, anorexie complète et soif vive; bientôt les muscles deviennent douloureux et présentent une rigidité, un état de demi-contraction tout à fait caractéristique. A ce moment, si on retire quelques parcelles musculaires à l'aide du harpon de Middeldorpf, on le trouve plein de trichines. Bientôt, il survient un œdème de la face et des jambes; le mouvement fébrile augmente, et les malades succombent à la fin du premier septénaire. Si le malade doit guérir, la fièvre diminue peu à peu, et le malade revient très-lentement à la santé.

Traitement. — Encore nul; on a proposé le *picronitrate de potasse* et la *benzine*; le premier médicament est certainement inefficace; le second n'a pas été suffisamment expérimenté; l'*acide phénique* devrait être essayé.

Gale. La gale est une maladie produite par un parasite animal, *acarus scabiei.* Elle est caractérisée par l'éruption de *vesicules* et par des *sillons* sous épidermiques dans lesquels on rencontre le sarcopte. Les vésicules siégent le plus souvent entre les doigts, au poignet et à la face antérieure de l'avant-bras, sur le ventre, sous les jarrets, dans les plis des aines et aux parties génitales. Jamais elles n'apparaissent sur la face ou le cuir chevelu, excepté chez les jeunes enfants qui, pendant la nuit, sont comme ensevelis sous leurs couvertures. Cette éruption s'accompagne d'une démangeaison vive, voluptueuse, qui se manifeste principalement le soir et au commencement de la nuit, parce que c'est à cette heure que se promène l'acarus. Quand la maladie a duré très-longtemps, elle se complique d'éruption de pustules et de formation de croûtes, qui rendent quelquefois son diagnostic difficile. Au début, elle peut être confondue avec l'eczéma ; des vésicules moins pointues, et l'existence du sillon font reconnaître la gale. Ces sillons se présentent sous l'apparence d'une traînée ponctuée, longue de 5 millimètres à 1 ou 2 centimètres, présentant à une de ses extrémités un point rond blanc ou brun : c'est le sarcopte.

Traitement. Frictions parasiticides par la méthode suivante : friction générale avec le savon noir pendant une demi-heure, bain d'une heure; friction générale avec une pommade contenant : axonge, 300 gr.; soufre, 50 gr.; sous-carbonate de potasse, 25 gr. On peut remplacer cette pommade par le mélange suivant, qui est plus agréable : glycérine 200 gr.; essence de menthe ou de lavande, 4 gr. Il ne faut pas oublier que, pour être promptement et sûrement efficace, la *friction doit être générale.*

PARASITES VÉGÉTAUX.

Les parasites végétaux qui peuvent être considérés comme la cause de maladies distinctes, sont : le *trichophyton* qui produit, suivant son siége : l'*herpès circiné*; l'*herpès tonsurans* et le *mentagre*; l'*achorion Schœnleinii* principe de la *teigne faveuse*; le *microsporon Audouini* producteur de la *teigne pelade*; la *microsporon furfur*, cause du *pityriasis versicolor*.

Herpès circiné. Cette affection est caractérisée par un groupe de vésicules extrêmement petites, disposées en cercle, et circonscrivant un espace de peau restée saine; ces vésicules sont quelquefois remplacées par des papules; rarement, ces vésicules sont suivies de croûtes, mais plutôt d'une desquamation furfuracée. L'affection suit dans son développement une marche excentrique, c'est-à-dire qu'elle s'étend à sa circonférence et se guérit au centre.

Les lotions parasiticides hâtent beaucoup la guérison de la maladie qui, du reste, se termine spontanément en 15 ou 20 jours. La meilleure lotion parasiticide s'obtient avec 50 centig. de sublimé sur 500 gr. d'eau. On peut aller jusqu'à 1 gr. de sublimé pour 500 gr. d'eau.

Herpès tonsurans. Cette affection est caractérisée par l'éruption de vésicules sur le cuir chevelu. Cette éruption est disposée en cercle; ici le champignon n'occupe pas seulement la peau, il pénètre le cheveu jusqu'à la hauteur de quelques centimètres, et c'est à cette hauteur que les cheveux se cassent assez régulièrement pour imiter parfaitement une tonsure. Cette affection est bien plus tenace que la précédente; le cryptogame logé dans

le bulbe des cheveux y prospère et ne peut pas en être délogé facilement. Le traitement consiste dans l'*épilation* suivie de lotion parasiticide.

Mentagre. Elle siége dans la barbe, exceptionnellement dans les sourcils ; au début de la maladie, on peut constater des cercles et des festons d'herpès circiné et une desquamation furfuracée, composée en grande partie par la poussière des champignons ; bientôt apparaissent des papules surmontées d'une pustule. Cette pustule est toujours traversée par un poil ; c'est là son caractère. L'éruption est d'abord discrète, mais les pustules se multiplient ; les papules grossissent, se réunissent et forment de petits tubercules d'un rouge violacé (sycosis), qui déforment le visage. La mentagre a une durée indéfinie ; elle guérit sur une place et se propage un peu plus loin, la barbe ne repousse point dans les endroits qui ont été malades. Le champignon peut se propager aux ongles qui se racornissent et se cassent.

Traitement. — Epilation et lotions parasiticides. Le traitement est long et pénible ; on peut essayer d'abord la pommade avec turbith minéral 1 gr., axonge 50 gr. *Sepia* (2e trituration) à l'intérieur aurait suffi dans quelques cas (Cramoisy).

Teigne faveuse, produite par l'*achorion Schœnleinii*. La teigne faveuse est caractérisée par des croûtes jaunes, couleur de soufre, affectant la forme de godets ou d'alvéoles. Dans certains cas où l'éruption est confluente, cette forme se reconnaît difficilement. Les cheveux se sèchent, se cassent et tombent pour ne plus repousser, et quand la maladie est guérie, après avoir parcouru toutes ses périodes, la place est lisse, rougeâtre, sem-

blable à une cicatrice, et jamais les cheveux n'y repoussent. Cette affection peut se communiquer aux ongles, qui deviennent jaunâtres et cassants. Si elle se développe sur une partie dépourvue de poils, elle guérit spontanément après quinze à vingt jours.

Traitement. Faire tomber les croûtes avec de l'huile et des cataplasmes; épiler; lotions parasiticides.

Teigne pelade, produite par le *microsporon Audouini*. Ce champignon se développe par plaque arrondie et détermine la chute des cheveux ou de la barbe; une calvitie par plaque. La peau reste décolorée, blanchâtre à ces places dépourvues de poil; d'où le nom de *pelade achromateuse*.

Traitement. Le même que précédemment.

Pityriasis versicolor, produit par le *microsporon furfur*. Cette affection, connue aussi sous le nom de *taches herpétiques*, se développe sur le cou, la poitrine et les bras; elle forme des taches jaunâtres plus ou moins étendues. Ces taches jaunes se laissent facilement enlever avec les ongles; elles se reproduisent et ont une durée indéfinie.

Traitement. — Lotions parasiticides.

EMPOISONNEMENTS

On donne ce nom aux accidents graves déterminés par l'absorption de certaines substances qui ont reçu le nom de *poisons*. Il y a trois modes d'introduction du poison dans l'économie : les voies digestives, bouche ou rectum ; les voies respiratoires et l'inoculation. L'action des poisons présente des différences en rapport avec les modes d'absorption ; les venins, par exemple, agissent surtout par inoculation. Les *poisons* se divisent en trois catégories : poisons animaux, végétaux et minéraux. On a cherché à les classer par les analogies d'action, mais ces classifications, plus ou moins arbitraires, n'ont pas d'utilité pratique. Nous ne décrirons ici que les accidents graves et ceux qui demandent de prompts secours. Ce qui est au delà appartient à la *matière médicale*, à la *pathogénie* des médicaments. Il faut se souvenir, en effet, que tous les poisons sont des médicaments. La dose seule fait le poison.

Les empoisonnements sont des maladies de *cause externe*, et dans leur première période ils tombent sous l'empire de la loi *contraria, contrariis*; il faut neutraliser le poison par son contraire et l'évacuer. Plus tard, dans sa seconde période, alors que le poison a été éliminé, les empoisonnements se comportent comme les maladies de *cause interne*, et la loi de similitude leur devient applicable.

Les principes que nous venons d'exposer servent de base à toute la thérapeutique des empoisonnements ; il

faut donc : 1° reconnaître la nature du poison ; 2° l'évacuer autant que possible ; *sublata causa tollitur effectus* ; 3° le détruire par le caustique ou par le contre-poison chimique ; 4° combattre les accidents dynamiques à l'aide des médications appropriées.

On reconnaît le poison par ses effets sur l'organisme et par ses réactions chimiques. On l'évacue par la succion s'il a été introduit sous la peau ; par les vomitifs et les purgatifs quand il a pénétré dans les voies digestives ; par de grands mouvements respiratoires quand il a pénétré dans les bronches. On le neutralise par l'antidote chimique. Il y a des cas dans lesquels on ne peut pas s'assurer de la nature du poison. Un chimiste a conseillé alors le mélange suivant, qui correspond aux poisons les plus communs et les plus actifs. Ce mélange contient par parties égales, la *magnésie calciné*, le *sesquioxyde de fer* et le *charbon pulvérisé*.

Le traitement des effets dynamiques des poisons est extrêmement peu avancé encore. L'application de la loi de similitude a cependant donné déjà de très-heureux résultats. Je citerai pour exemple le traitement de l'empoisonnement de l'opium par la belladone, et *vice versa*. Il reste à vérifier expérimentalement si un empoisonnement peut être combattu avec succès par le poison lui-même à dose infinitésimale.

Empoisonnements par les animaux.

Ces poisons se divisent en deux grandes catégories : les venins et les animaux dont la substance est toujours ou est devenue accidentellement nuisible.

Les venins sont des produits des sécrétions ; ils sont toxiques seulement quand ils sont inoculés, et n'empoisonnent point lorsqu'ils sont introduits dans l'estomac.

L'action du venin est différente suivant l'animal qui l'a produit. Cette différence porte principalement sur l'intensité des symptômes, qui varie depuis les accidents si fugitifs produits par la piqûre de la guêpe, jusqu'à la mort subite, déterminée par la morsure du crotal. Nous décrirons seulement ici la morsure de la vipère et la piqûre de la guêpe; une histoire plus complète des venins appartenant surtout à la pathogénie.

Il sera du reste facile d'appliquer au traitement des intoxications par les autres venins ce que nous dirons à propos des deux types que nous avons choisis.

MORSURE DE VIPÈRE.

Douleur vive, s'irradiant à tout le membre mordu; gonflement violacé, tenant à la fois de l'œdème et de l'érysipèle, s'étendant graduellement et occupant des régions plus ou moins considérables; sentiment de défaillance, sueurs froides, faiblesse et inégalité du pouls; puis, dans les cas graves, état lipothymique, syncope fréquente, absence du pouls radial. Cet état se prolonge vingt-quatre ou quarante-huit heures, s'accompagne d'ictère, d'ecchymose plus ou moins considérable, et peut se terminer par la mort; mais, le plus souvent, le deuxième ou troisième jour il survient une réaction, le pouls se relève, une transpiration plus ou moins abondante s'établit, et le malade guérit.

Traitement. — Placer une ligature entre la morsure et le cœur; sucer ou presser fortement la plaie pour en faire sortir le venin; laver à grandes eaux; cautériser avec le fer rouge; donner tous les quarts d'heure une cuillerée d'eau-de-vie, et un peu de vin pour combattre l'état lipothymique. *Arsenicum* a été généralement conseillé comme le médicament principal. Je l'ai donné à la troi-

sième trituration; une cuillerée toutes les heures, le Dr Noack a donné avec succès le *lachesis* à la 6e dilution.

PIQURE DE GUÊPE.

Douleur vive, rougeur éclatante, petite tuméfaction; chez certaines personnes, état nerveux, anxiété, mouvement fébrile. Quand les piqûres ont été très-nombreuses, la mort peut survenir avec un gonflement énorme et un mouvement fébrile intense.

Traitement. — Retirer l'aiguillon s'il est resté dans la plaie; toucher avec l'acide phénique; s'il survenait des accidents généraux, *apis mellifera* toutes les heures ou toutes les deux heures.

CANTHARIDES.

Les symptômes d'empoisonnement par les cantharides s'observent habituellement par l'ingestion de ce poison dans l'estomac, soit à la suite d'une erreur, soit quand ce médicament a été pris à trop haute dose, comme aphrodisiaque. Sentiment de brûlure; forte soif avec resserrement de la gorge et impossibilité d'avaler; vomissement et diarrhée sanguinolente; douleur atroce dans les reins et la vessie; strangurie, suppression des urines ou urines sanglantes; faiblesse du pouls; refroidissement général; état lipothymique; convulsions avec hydrophobie; mort. On observe très-souvent un satyriasis extrêmement violent, terminé dans certains cas par la gangrène de la verge.

Traitement. — Faire vomir les malades; administrer des boissons mucilagineuses, s'abstenir de lait et d'huile; donner l'esprit de camphre par goutte sur du sucre, tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les heures. Si le

malade ne peut avaler, frictions avec le camphre, inhalation camphrée, grands bains tièdes.

EMPOISONNEMENTS PAR LES MOULES, PAR LA CHAIR ET LES ŒUFS DE CERTAINS POISSONS.

Sentiment d'étouffement, douleur d'estomac, soif ardente, vomissements ; sensation de gonflement de la tête et des yeux. Dans les cas plus graves, gonflement de la langue, suffocation, délire, catalepsie, convulsions, pouls petit, sueurs froides, lipothymie; éruption générale d'urticaire, quelquefois évacuation cholériforme.

TRAITEMENT. — Faire vomir ; administrer l'éther, l'eau-de-vie, l'esprit de camphre ou l'eau vinaigrée. Le camphre est le meilleur antidote.

Empoisonnements par les végétaux.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCOOLS.

Les liqueurs alcooliques produisent un empoisonnement aigu, l'*ivresse* et une intoxication chronique : l'*alcoolisme*.

Ivresse. Elle présente trois degrés. Dans le premier degré, toutes les facultés sont excitées, les fonctions sont plus actives ; c'est la période d'*excitation* ou de *gaieté alcoolique*.

Dans le degré plus avancé les fonctions sont troublées divagation, démarche chancelante et mal assurée, vomissements fréquents qui soulagent.

Dans le plus haut degré de l'ivresse, abolition de la connaissance, de la sensibilité et du mouvement ; stertor, état apoplectiforme. Les empoisonnés sont *ivres-morts*. Cet état peut en effet se terminer par la mort, le plus souvent par le même mécanisme que dans l'hémorrhagie

cérébrale, quelquefois subitement, par une syncope. Mais le plus souvent tous ces symptômes se dissipent après un sommeil de douze à vingt-quatre heures.

Dans des cas très-rares, l'alcool a tué subitement, sans ivresse préalable, par un syncope analogue à celle qui amène quelquefois la mort subite pendant l'éthérisation.

Les symptômes de l'ivresse varient avec les boissons alcooliques et avec les dispositions individuelles. Les vins, surtout les vins légers, donnent une ivresse gaie et sans souffrance; l'eau-de-vie et les vins très-alcooliques produisent une ivresse triste, taciturne, avec céphalalgie et somnolence. C'est surtout avec ce genre de boissons que se produisent les accidents graves du troisième degré. L'ivresse de la bière est aussi fort pénible et se complique de vomissements et d'accidents gastriques; l'absinthe produit des excitations tapageuses toutes spéciales.

Suivant les dispositions individuelles, l'ivresse est gaie, triste, douce, sentimentale, turbulente, furieuse, méchante. Chez les prédisposés, les alcools développent des impulsions maladives, impulsions au meurtre, à l'incendie, au viol, au suicide. L'ivresse est très-facile chez certaines personnes; d'autres sont au contraire complétement réfractaires; l'état de grossesse, l'hystérie, produisent quelquefois cette immunité.

Les cadavres de ceux qui ont succombé à l'empoisonnement aigu par les alcools exhalent une odeur alcoolique caractéristique; l'alcool se retrouve en nature dans le sang et dans les viscères, principalement dans le foie et dans le cerveau; le sang présente un grand nombre de globules graisseux. En outre, on rencontre les lésions de la congestion cérébrale la plus avancée et très-souvent une hémorrhagie méningée.

Traitement. — Les inhalations ammoniacales suffisent habituellement pour dissiper les symptômes de l'ivresse; on peut encore administrer une potion avec 20 gouttes d'ammoniaque liquide. Le *café noir* combat aussi les souffrances produites par l'ivresse. Dans les cas graves il faut provoquer les vomissements, et si l'estomac ne répond pas aux vomitifs, retirer le liquide alcoolique à l'aide de la pompe stomacale; ensuite on combat les symptômes apoplectiformes par l'opium. Si les dilutions sont insuffisantes, il faut administrer des doses massives. Dans les cas où l'asphyxie était imminente, on a retiré de bons effets de l'application du *marteau de Mayor*, de la respiration artificielle et même de la *trachéotomie*. Les ablutions froides sur la face et sur la tête rendent aussi quelques services.

Alcoolisme. Ce mode d'empoisonnement se produit surtout chez les individus qui boivent habituellement de grandes quantités d'alcool sans s'enivrer. Les premiers symptômes sont un léger tremblement des mains, une anorexie incomplète et des troubles de sommeil. Plus tard le tremblement gagne les avant-bras, les pieds, les jambes, la langue et la face; en même temps se manifestent un affaiblissement notable de la contractilité musculaire et une paralysie incomplète de la sensibilité, caractérisée surtout par des fourmillements. Ces fourmillements sont continuels, envahissants, et toujours plus marqués aux membres supérieurs.

Les sens spéciaux, après une excitation passagère, subissent une diminution notable dans leur énergie et des troubles divers dont les principaux sont des *hallucinations* qui revêtent toujours un caractère terrifiant. Le sommeil est de plus en plus incomplet et troublé par des cauchemars; en même temps les fonctions digestives se

détériorent de plus en plus; l'anorexie est complète, la soif vive. Chez les buveurs de vin blanc, d'eau-de-vie et bière, la *pituite* fait son apparition; elle est caractérisée par des vomissements de glaires ou de bile qui ont lieu chaque matin.

A ce moment de l'alcoolisme, les malades sont souvent atteints de folie, d'épilepsie et d'accidents variés, sur lesquels nous allons revenir, après avoir terminé la description de l'empoisonnement chronique par l'alcool.

La mémoire se perd, les facultés intellectuelles se dégradent, le caractère devient abject; le tremblement et la paralysie générale arrivent au point de forcer les malades à garder le lit; l'amaigrissement, la diarrhée, les abcès, les gangrènes viennent terminer la scène, comme dans la démence essentielle.

Dans l'alcoolisme avancé, les dégénérescences du cœur et des artères amènent des troubles cardiaques divers et quelquefois la rupture du cœur. Un accident plus fréquent est l'apoplexie déterminée par hémorrhagie ou par ramollissement; l'une et l'autre lésions étant dues à l'altération des tuniques artérielles. Un certain degré d'alcoolisme favorise l'embonpoint, soit que l'alcool serve à l'alimentation (aliment respiratoire), comme on l'a cru longtemps, soit qu'éliminé en totalité, il ne fasse que retarder la désassimilation. Un résultat funeste de l'alcoolisme à un degré même peu avancé, c'est de détruire la résistance vitale, en sorte que les maladies deviennent très-meurtrières dans cette catégorie d'individus.

Indépendamment des troubles produits par l'alcoolisme chez presque toutes les personnes soumises à cette intoxication, l'alcool est une cause très-puissante d'un certain nombre de maladies ; ce sont : la folie, la paralysie générale, la démence, la chorée, l'épilepsie, la gastrite chronique, la cirrhose, la maladie de Bright.

Ces maladies présentent, mêlés aux symptômes qui leur sont propres, les symptômes de l'alcoolisme. Ainsi la folie, développée chez les ivrognes, a pour caractère les hallucinations terrifiantes, l'anorexie et le tremblement des membres. La plupart des auteurs décrivent une folie, une épilepsie, une démence et une paralysie générale alcooliques. Nous croyons qu'il suffit de savoir que l'alcoolisme conduit à ces maladies et leur imprime un cachet spécial : le mélange des symptômes de l'alcoolisme avec ceux de la folie, de l'épilepsie, etc.

Traitement. — Le traitement de l'alcoolisme chronique est peu avancé et peu efficace. La première condition est la cessation *graduelle* des alcools. *Opium, nux vomica, zincum, mercurius* sont les médicaments indiqués par les symptômes.

L'*huile empyreumatique*, qui s'obtient par la distillation des solanées et qui se trouve en quantité notable dans l'eau-de-vie de pomme de terre, a été employée avec succès par *Magnus Huss*. C'est là une application de la loi de similitude.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

C'est un des plus fréquents et des plus graves. — Douleur à l'épigastre ; vomissements spontanés ; malaise, état lipothymique, refroidissement général et sueurs froides, souvent crampes dans les membres, état cholériforme, délire ; souvent convulsions, puis coma et mort. Quelquefois la somnolence et le coma apparaissent d'emblé, sans être précédés d'évacuations.

Traitement. — Favoriser les vomissements par de l'eau tiède ; le sel administré à la dose d'une cuillerée dans un verre d'eau agit comme éméto-cathartique ; éviter les

acides, l'éther et les alcools, jusqu'à ce que tous les champignons soient évacués ; le café noir en grande quantité est un des meilleurs contre-poisons ; le camphre répond au refroidissement général et à l'état lipothymique. On pourrait, contre les accidents consécutifs, administrer *agaricus*.

EMPOISONNEMENT PAR LES SOLANÉES VIREUSES.

Délire, hallucinations vives et multiples, convulsions ; sécheresse de la gorge, dilatation énorme des pupilles ; éruptions diverses, coma ultime.

Traitement. — Évacuer le poison, administrer la *solution iodurée* de Bouchardat : iodure de potassium, 40 centigrammes ; iode, 30 centigrammes ; eau, 1 litre, à boire par demi-verre : efficace dans tous les empoisonnements par un alcali végétal. Plus tard, opium à haute dose, jusqu'à ce que la pupille se resserre. M. Teste a obtenu de très-beaux effets avec opium, 6e dilution.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM.

Souvent vomissements spontanés, état apoplectique, stertor, pouls grand et lent, pupilles resserrées, convulsion tétanique. A dose moins forte, délire et hallucination.

Traitement. — Evacuer le poison, administrer la *solution iodurée*, puis la belladone, jusqu'à ce que la pupille se dilate. Le café noir et les acides constituaient autrefois tout le traitement de l'empoisonnement par l'opium.

EMPOISONNEMENT PAR LES OMBELLIFÈRES.

Habituellement cet empoisonnement a lieu par l'usage de la *petite ciguë*, prise pour du persil. Les enfants

mangent quelquefois la racine de l'*œthusa cynapium*, qu'ils confondentavec la racine du panais.

Les signes de l'empoisonnement sont le vertige, la cardialgie, les nausées, des efforts et des vomissements extrêmement douloureux; la soif, le trismus et le tétanos, les convulsions éclamptiques, le delire et le coma ; d'autres fois, l'état lipothymique et le ralentissement du pouls.

Traitement. — Faire vomir, administrer la solution iodurée, combattre les symptômes par l'opium, la belladone ou le camphre, suivant les cas.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE ET L'EAU DE LAURIER DE CERISE.

Quand la mort n'est pas immédiate, on observe : état apoplectique avec respiration stertoreuse, pouls petit et fréquent, pupilles dilatées, trismus, écume sanguinolente, quelquefois convulsions.

Traitement. — Faire respirer l'ammoniaque, mais surtout le chlore; compresses *chloro-vinaigrées*. C'est un sachet rempli de chlorure de chaux, que l'on trempe dans du vinaigre et que l'on place sous les narines du malade; affusion froide sur la colonne vertébrale; ensuite l'*opium* à haute dose pourrait peut-être rendre des services.

EMPOISONNEMENT PAR LE CAMPHRE.

Sentiment de légèreté, pouls faible, lipothymie, face pâle, refroidissement général avec sueur froide; somnolence et coma. Avec de moindres doses : face rouge, mouvement fébrile marqué, strangurie et excitation vénérienne ; d'autres fois et plus communément, frigidité complète.

Traitement. — Evacuer le poison ; on indique, comme contre-poison l'*opium* et le *café !* Nous croyons que la *cantharide* doit exercer une action antidotaire énergique ; l'expérience indiquera la dose la plus convenable.

EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE ET LA STRYCHNINE.

Accès tétaniformes ; asphyxie par convulsion tonique des muscles respiratoires, injection et fixité des yeux, marche des accidents par accès.

Traitement. — Faire vomir avec émétique ou eau salée ; administrer la solution iodurée ; on a obtenu des succès avec le chlore et avec les inhalations de *chloroforme* ; *opium* est aussi indiqué.

ERGOTISME.

On a réuni sous ce nom l'empoisonnement par l'*ergot de seigle* et l'empoisonnement par la *niel* et l'*ivraie ;* le premier produit l'*ergotisme gangréneux*, et l'autre l'*ergotisme convulsif*.

Ergotisme gangréneux. Malaise, courbature, tristesse, sentiment de fourmillement dans les jambes, céphalalgie habituelle, puis douleur dans les jambes ; ces douleurs deviennent de plus en plus vives en se fixant sur les parties qui doivent se gangrener. Gangrène sèche ou humide des extrémités, quelquefois de tout un membre ; taches gangréneuses, hémorrhagie et purpura.

Traitement. — Très-mal connu. *China*, *lachesis* et *secale cornutum* lui-même sont indiqués par les symptômes.

Ergotisme convulsif. Après des malaises assez mal définis et une céphalalgie persistante, éclatent les convulsions ; elles reviennent par accès, sont alternativement

cloniques et *toniques*; ces dernières finissent par persister; elles maintiennent les membres dans une flexion exagérée; roideur tétanique du tronc; trismus, affaiblissement de la vue, asphyxie, collapsus et mort. Quelquefois il existe une diarrhée plus ou moins abondante.

TRAITEMENT. — *Nux vomica* est indiqué par l'ensemble des symptômes. Dans les crises convulsives, le *chloroforme* en inhalations rendrait des services.

EMPOISONNEMENT PAR LE VERATRUM.

Cet empoisonnement a surtout lieu à la suite de l'administration de la *vératrine*, il détermine des symptômes très-analogues au choléra.

TRAITEMENT. — Eau iodurée et camphre.

L'empoisonnement par les *colchiques* réclame le même traitement.

Empoisonnement par les minéraux.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES.

Les trois acides *sulfurique*, *nitrique* et *chlorhydrique*, *le bleu en liqueur* sont les agents ordinaires de ces empoisonnements.

Les symptômes communs sont: une douleur atroce; une brûlure de la bouche et de l'œsophage; la coloration noire des lèvres pour l'acide sulfurique, jaune pour l'acide nitrique, rouge pour l'acide chlorhydrique; des vomissements qui colorent en rouge la teinture de tournesol et bouillonnent sur le carreau; la diarrhée; la soif; les sueurs froides; la face livide; le délire et le coma. Quelquefois les accidents sont moins intenses, mais les malades succombent aux suites de la gastrite.

Traitement. — Pas de vomitif. *Magnésie hydratée* en excès ou, à son défaut, *eau de savon*; plus tard, *bicarbonate de soude*, lorsque l'acide a pénétré dans le sang.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LEURS SELS.

Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux occasionnés par les acides. Les différences sont : une saveur urineuse, des convulsions violentes ; les matières vomies sont savonneuses ; elles verdissent par le sirop de violette, et ramènent au bleu la teinture de tournesol rougie par les acides.

Traitement. — Contre-poisons chimiques : les acides végétaux, vinaigres, citron, acide tartrique. Pour les sels de *baryte*, c'est le sulfate de soude et de magnésie ; pour le *foie de soufre*, l'eau chlorée, une cuillerée de chlore liquide par verre d'eau ; les acides sont dangereux dans ces cas, parce qu'ils dégagent l'acide sulfhydrique. L'*ammoniaque* et le *nitrate de potasse* n'ont pas de contre-poison chimique ; il faut évacuer le poison et traiter les accidents consécutifs, c'est-à-dire ceux de la gastrite et de la perforation de l'estomac.

EMPOISONNEMENT PAR LES SELS DE MERCURE.

C'est habituellement le *sublimé* qui est l'agent dans ces empoisonnements, soit qu'il ait été administré directement, soit qu'un autre sel se soit transformé en sublimé dans l'estomac du malade.

Nous rappellerons que la caractéristique de l'empoisonnement aigu par le mercure sont les symptômes d'inflammation de la bouche, de salivation et de dysentérie.

Traitement. — L'*eau albumineuse* forme un précipité insoluble et inoffensif. Avec le sublimé il ne faut pas donner l'albumine avec excès ; parce que le précipité se

dissoudrait. — Le *lait* est très-favorable. — Le contre-poison est le *protosulfate de fer hydraté*. Pour le *cyanure de mercure* il faut ajouter la *magnésie calcinée*. La *stomatite mercurielle* est traitée avec avantage par des applications d'un collutoire avec le miel rosat et l'acide chlorhydrique dans la proportion de : acide chlorhydrique, 1 gr.; miel rosat, 50 gr.; eau, 200 gr.

Les accidents consécutifs et les accidents d'empoisonnement lent, la *cachexie*, les *tremblements* indiquent principalement : *iodium, hepar sulfuris* et *ferrum*. *Opium* à dose massive a rendu des services, comme il en rend dans l'alcoolisme chronique, qui a tant de points de ressemblance avec l'empoisonnement lent par le mercure.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC.

C'est l'un des plus fréquents; les symptômes varient avec la quantité du poison. Nous renvoyons à la *pathogénésie* pour l'étude de ces symptômes. Rappelons seulement que l'empoisonnement aigu, celui dont il importe de porter le diagnostic immédiat, ressemble beaucoup au choléra. L'analyse chimique fait reconnaître facilement l'arsenic dans les matières des déjections.

Traitement. — *Contre-poison chimique*, l'hydrate de persulfure de fer en gelée, administré à la dose énorme d'un demi-kilogramme ; il est bon d'y joindre la *magnésie calcinée ;* le poison étant neutralisé autant que possible, on combattra les symptômes cholériformes par les moyens appropriés et principalement par le *veratum* et le *carbo vegetabilis*.

L'empoisonnement chronique demande, suivant ses symptômes : *hepar sulfuris, ferrum*.

EMPOISONNEMENT PAR LE CUIVRE.

Mêmes symptômes que les précédents; les coliques sont plus douloureuses et les crampes sont plus fréquentes. Une aiguille d'acier plongée dans le liquide qui a servi à l'empoisonnement se recouvrira d'une couche de cuivre, si on a acidifié ce liquide.

Traitement. — L'*eau albumineuse*, huit blancs d'œuf dans un litre d'eau, est le contre-poison le plus commode; la *magnésie calcinée* et le *protosulfure de fer* ne viennent qu'en seconde ligne, parce qu'il est plus difficile de se les procurer promptement.

Accidents convulsifs. Suivant les symptômes.

EMPOISONNEMENT PAR LES SELS D'OR, D'ARGENT, DE PLATINE, D'ÉTAIN, DE BISMUTH.

Ils sont très-rares, excepté celui par le nitrate d'argent qui a été occasionné bien des fois par la funeste habitude que certains médecins ont conservée de porter le crayon de nitrate d'argent dans la gorge des malades. Ce crayon s'est détaché plusieurs fois et est tombé dans l'estomac.

Traitement. — Eau albumineuse, lait, protosulfure de fer. Le nitrate d'argent trouve son antidote chimique dans une forte solution de sel de cuisine. Dans la colique de zinc on a employé l'opium avec succès.

Traitement consécutif, suivant les symptômes.

L'empoisonnement par les *antimoniaux* demande comme contre-poison chimique les substances riches en tannin: décoction de noix de Galle, d'écorce de chêne ou de marronnier; le quinquina.

EMPOISONNEMENT PAR LE PLOMB, INTOXICATION SATURNINE.

Les ouvriers qui préparent la céruse, le minium, ou qui emploient ces sels, comme les broyeurs de couleurs, les

peintres, les potiers, sont les victimes habituelles de l'intoxication saturnine; l'usage du vin, dont on a détruit l'acidité à l'aide de la litharge, de cidre, d'eau préparée ou conservée dans des vaisseaux en plomb, sont encore une des sources de cette intoxication. D'autre fois, on a beaucoup de peine à retrouver la cause de l'empoisonnement. Chez un certain nombre de couturières, l'action de couper avec les dents de la soie imprégnée d'un sel de plomb a suffi pour déterminer l'empoisonnement. Un homme a présenté des accidents graves, parce qu'il avait contracté l'habitude de mâcher des grains de plomb de chasse.

Forme aigue. — Elle s'observe surtout dans les cas où les malades ont fait usage de boissons contenant des sels de plomb ou chez des enfants qui avaient mangé une grande quantité de pains à cacheter ou de bonbons colorés en jaune avec la chromate de plomb, ou qui avaient sucé et mâché des cartes de visites.

Cet empoisonnement est caractérisé par la succession rapide des coliques et de l'encéphalopathie saturnine. Les douleurs sont extrêmement vives; elles siégent dans le ventre et dans l'estomac; elles s'accompagnent de vomissements; et, quand la dose du poison a été considérable, d'une diarrhée très-fréquente. Les convulsions et le coma surviennent plus ou moins rapidement, et la mort a souvent lieu au bout de quelques heures.

Forme commune. — L'inappétence, l'anémie avec une teinte jaunâtre des téguments (ictère saturnin); une constipation opiniâtre sont les premiers symptômes de l'intoxication saturnine. En même temps il survient un ptyalisme plus ou moins fort; la langue est blanche, l'haleine fétide, les gencives sont usées sur les bords, quelquefois saignantes; elles présentent presque toujours un liséré

bleuâtre plus ou moins large, dû à un sulfure de plomb. Ce liséré devient blanc si on passe sur les gencives un linge imbibé d'acide sulfurique étendu d'eau. Le pouls est ordinairement ralenti, et l'amaigrissement est plus ou moins considérable.

Après un temps variable, le malade est pris de *coliques*. Ces coliques siégent à l'ombilic ou un peu au-dessus, présentent des paroxysmes extrêmement violents, pendant lesquels la douleur se propage souvent aux lombes et aux parties génitales; le ventre s'excave; le rectum se contracte le malade s'agite; il est tourmenté de crampes dans les membres; souvent il se couche sur le ventre parce qu'une pression large et forte calme les coliques. En même temps surviennent des nausées, des vomissements bilieux; la constipation est très-opiniâtre.

Si ces symptômes ne sont pas traités, ils se prolongent indéfiniment et amènent des accidents graves d'*encéphalopathie*, d'*arthralgie* et de *paralysie*. La mort peut alors arriver, soit par des accidents cérébraux violents, soit par une véritable cachexie dans laquelle on observe la lésion rénale et les symptômes de la maladie de Bright; néanmoins il faut savoir que, chez un certain nombre de malades, les accidents sont très-bénins et disparaissent spontanément après quelques jours ou quelques heures de durée.

Encéphalopathie saturnine. Ces accidents peuvent survenir sans avoir été précédés de coliques; ils se présentent sous trois aspects différents : le *délire saturnin*, les *convulsions*, le *coma*.

Le délire est habituellement furieux; s'il résiste au traitement il se termine tantôt par le coma, tantôt par une mort subite en plein délire.

Les *convulsions* connues sous le nom d'*épilepsie saturnine* ressemblent tout à fait à l'éclampsie. Les malades

succombent, tués par le mécanisme décrit à propos de cette maladie.

Quelquefois les malades tombent directement dans le *coma*. C'est une somnolence de plus en plus profonde et qui se termine souvent par la mort.

La durée des accidents cérébraux est habituellement fort courte : un demi-septénaire à un septénaire ; cependant les malades peuvent être enlevés en quelques heures ; dans le délire saturnin, la vie peut se prolonger jusqu'au dix-septième jour.

Arthralgie saturnine. Ce sont des douleurs dans la continuité des membres ; elles augmentent par le mouvement, diminuent par la pression, et ne présentent pas le trajet limité et les points douloureux propres aux névralgies.

La douleur présente des paroxysmes et des rémissions. Pendant les paroxymes on observe des contractions musculaires sous forme de crampes. Ces douleurs fréquentes, surtout chez les ouvriers qui emploient ou préparent le *minium*, ont une durée indéterminée quand elles ne sont pas traitées, et se terminent souvent par la paralysie.

Paralysie saturnine. Elle siége sur un certain nombre de muscles qui sont, par ordre de fréquence, les extenseurs de la main et des doigts, les extenseurs du pied ; les muscles du larynx et de la langue. Cette paralysie s'accompagne de la perte de la contractilité électrique et est bientôt suivie de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse ; elle est plus rebelle que les autres accidents saturnins ; sa durée est toujours fort longue ; elle amène la déformation des jointures par la prédominance de l'action des muscles antagonistes et elle accompagne presque toujours la cachexie saturnine.

TRAITEMENT. — Les accidents aigus réclament la neutra-

lisation chimique et l'évacuation du poison. Quand on est appelé à temps, la limonade sulfurique sera administrée abondamment, et on favorisera les selles et les vomissements. *Opium* est le médicament indiqué par la tradition et par la pathogénésie contre les accidents d'encéphalopathie.

Dans la *colique de plomb*, le traitement qui compte le plus de succès est celui dit *de la Charité*; ce traitement se compose de purgatifs violents et d'opium à haute dose. A l'hôpital Beaujon, j'ai vu Tessier traiter la colique de plomb par *sulfur* (t. m.). Ce médicament était administré à la dose de 5 gouttes dans une potion, et 5 gouttes dans un lavement. *Opium* est toujours le médicament principal dans les accidents cérébraux produits par l'empoisonnement saturnin; on l'administre à la 6e dilution, une dose toutes les heures, ou plus souvent si les accidents sont pressants. *Belladona, æthusa, coriaria*, le *chloroforme* et les autres médicaments de l'éclampsie sont aussi indiqués.

La *paralysie saturnine* demande *nux vomica* et principalement l'électricité localisée. Néanmoins, il ne faut pas négliger, pendant ce temps, l'intoxication générale, et il faut administrer incessamment *sulfur*, qui est le médicament principal de cette intoxication. *Iodium* et *kali hydriodicum* sont, après *sulfur*, les meilleurs contre-poisons.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

Depuis l'invention des allumettes chimiques, cet empoisonnement est assez fréquent. Voici ses principaux symptômes : douleur de brûlures à l'estomac, nausées, vomissements, éructations, quelquefois phosphorescentes. Si la dose n'a pas été excessive, il y a habituellement une suspension de plusieurs jours dans la marche des accidents, puis la fièvre reparaît avec adynamie, hémorrhagies

multiples, et mort dans un état très-analogue à celui du choléra, après une réaction incomplète.

TRAITEMENT. — Contre-poisons chimiques : magnésie hydratée et bicarbonate de soude ; plus tard *lachesis* et peut-être *phosphorus*.

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORE ET L'IODE.

Symptômes pour le chlore : resserrement de la poitrine, toux incessante, crachement de sang, laryngite.

TRAITEMENT. Eau légèrement ammoniacale.

Symptômes pour l'iode : ardeur du pharynx et de l'estomac ; nausées, vomissement de matières tachées de jaune, bleuissant par l'amidon et les fécules; coryza.

TRAITEMENT. Eau chargée d'amidon ou de fécule quelconque.

EMPOISONNEMENT PAR LE GAZ HYDROGÈNE SULFURÉ.

C'est l'empoisonnement par le gaz des fosses d'aisances; les ouvriers appellent cet empoisonnement le *plomb*. Le plus souvent les malades tombent foudroyés ; la face est livide; la bouche écumeuse ; le corps refroidi ; le pouls irrégulier; on observe quelquefois du délire et des convulsions.

Quand les accidents ne sont pas foudroyants, les malades éprouvent d'abord une céphalalgie violente avec douleur à l'estomac et arthralgie.

TRAITEMENT. — Celui que nous décrirons à propos de l'asphyxie ; et de plus respiration de *chlore*. On se procure le chlore gazeux à l'aide d'une solution de chlorure de soude, ou avec le chlorure de chaux sur lequel on verse du vinaigre. (Voir compresse chlorée, page 505.) L'*eau*

de javelle, qui est un chlorure de potasse, peut servir de contre-poison; on activera le dégagement du chlore en ajoutant quelques gouttes de vinaigre. Si l'empoisonnement a été causé par l'ingestion d'*eau de Baréges* ou par la solution de *foie de soufre*, il faut faire vomir avec l'eau tiède; s'abstenir d'émétique, de sel de cuivre ou de zinc; administrer l'eau chlorée, le sucre et surtout la solution de 10 grammes de persulfate de fer dans un litre d'eau.

ASPHYXIE

L'asphyxie est la mort apparente déterminée par la suspension des phénomènes chimiques de la respiration. Le *sang noir* cesse d'être transformé en *sang rouge*, et les organes pénétrés par le sang non oxygéné cessent plus ou moins rapidement leurs fonctions. La suspension des phénomènes chimiques de la respiration a lieu par deux mécanismes différents : ou bien l'air cesse de pénétrer dans le poumon, *submersion, strangulation, pendaison* : ou bien ce sont des gaz non respirables, *acide carbonique*, gaz d'éclairage, qui pénètrent dans le poumon.

Les asphyxies présentent des symptômes communs et des phénomènes propres à chaque mode d'asphyxie.

Symptômes communs. 1° *Asphyxie rapide.* Perte complète de la connaissance et du mouvement; la sensibilité s'éteint graduellement des extrémités à la tête; la pupille reste le dernier point excitable; pouls fréquent et petit, puis complétement absent; refroidissement graduel du corps, teinte violacée de la face et des extrémités, mais principalement des lèvres; vergetures. 2° *Asphyxie lente :* malaises; céphalalgie; vomissements; délire; suppression plus ou moins lente de la perte de connaissance, du mouvement, de la sensibilité, puis des fonctions de la vie végétative.

1° *Symptômes propres à la submersion.* Refroidissement rapide du corps qui se met en équilibre avec l'eau dans laquelle il est plongé; pénétration d'une certaine quantité d'eau dans les voies respiratoires.

Complications. La peur, l'impression du froid déterminent quelquefois des phénomènes de syncope qui rendent la mort beaucoup plus prompte.

2° *Symptômes propres à l'asphyxie par strangulation et par suspension.* Congestion énorme de la tête et de la face; érection et éjaculation. Complications, fracture et luxation des vertèbres qui rendent la mort beaucoup plus prompte.

3° *Symptômes propres à l'asphyxie par gaz non respirables.* Cette asphyxie est produite par le dégagement de l'acide carbonique provenant du charbon en combustion; ou par la fermentation alcoolique; le dégagement d'acide carbonique produit par les fleurs. Les fuites de gaz d'éclairage sont une source moderne d'asphyxie par gaz délétères. Céphalalgie; malaise; état fébrile; évacuation des matières fécales et des urines.

INDICATIONS GÉNÉRALES.

Traitement. — Deux indications se présentent : faire pénétrer de l'air dans les poumons, réveiller la sensibilité éteinte par le contact du sang noir. Cette seconde indication est la plus urgente; tant que l'excitabilité n'est pas rétablie, la pénétration de l'air dans le poumon est inutile. Deux moyens principaux servent à réveiller la sensibilité éteinte : une douche d'eau glacée sur la colonne vertébrale, l'application du *marteau de Mayor* sur la région du cœur. Si on n'a pas d'eau bouillante pour chauffer le marteau, la cire à cacheter, un morceau de fer rouge, une pipe fortement chauffée pourrait être employée; mais le marteau de Mayor est le moyen le plus énergique. On sait que c'est un marteau plongé dans l'eau bouillante, jusqu'à ce qu'il soit en équilibre de température; son contact produit une douleur bien supérieure à celle du fer rouge.

En même temps on cherche à faire pénétrer l'air dans la poitrine par la *respiration artificielle*. La pression rhythmique des côtes et de l'abdomen produit l'expiration et l'inspiration ; l'insufflation de l'air dans la bouche ou dans le larynx à l'aide du *tube laryngé*, doit être faite, dans l'intervalle des pressions et dans le temps qui correspond à l'inspiration, avec le tube laryngé ; il faut que l'insufflation soit très-douce, sans cela on produit la rupture des vésicules pulmonaires et l'emphysème.

Soins particuliers aux divers genres d'asphyxie : 1° *Pour les noyés.* Les coucher sur le côté, débarrasser l'arrière-gorge de l'écume qui peut l'oblitérer, titiller la luette. Réchauffer le malade par des couvertures chaudes et des bouteilles d'eau bouillante. 2° *Strangulation* et *suspension.* Couper les liens, ouvrir la jugulaire, coucher le malade la tête très-élevée. 3° *Gaz non respirables.* Ici la douche d'eau froide est surtout applicable ; friction des tempes avec du vinaigre, respiration de l'acide acétique.

Nous n'avons pas parlé de la *faradisation* appliquée au muscle diaphragme et de la trachéotomie qui ont rendu de véritables services.

Nous rappellerons en terminant qu'il faut persévérer très-longtemps dans l'application des moyens indiqués et qu'il y a des exemples d'asphyxiés rappelés à la vie après huit heures de soins infructueux. Un second point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le médecin doit continuer ses soins à l'asphyxié plusieurs heures après qu'il est revenu à la vie ; parce que le retour des accidents est encore très-facile.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

PRÉFACE. I

PROLÉGOMÈNES. . . . . [illegible]

1re CLASSE. — MALADIES CONSTITUTIONNELLES. . . . 13

Goutte. 13
Rhumatisme. 27
Maladie hémorrhoïdaire. 33
Dartre. 43
Syphilis. 49
Scrofules. 60

2e CLASSE. — DIATHÈSES. 72

Diathèse cancéreuse. 72
Diathèse purulente. 91
Diathèse épithéliale. 101

3e CLASSE. — CACHEXIES. 104

Chlorose. 104
Diabète sucré. 119
Maladie de Brigth. 129
Rachitiame. 138
Scorbut. 145
Purpura. 153
Lèpre. 160
Goître et crétinisme. 163
Goître exophthalmique. 165
Maladie d'Addisson. 172
Pellagre. 174

Pages.

4e CLASSE. — FIÈVRES. 179

A. *Fièvres éruptives*. 179

Rougeole. 179
Roséole. 186
Scarlatine. 187
Variole et vaccine. 196
Varicelle. 210
Fièvre ortiée. 211
Erythème noueux. 213

B. *Fièvres continues*. 215

Fièvre éphémère. 215
Fièvre synoque. 217
Fièvre typhoïde. 219

C. *Fièvres intermittentes*. 242

5e CLASSE. — MALADIES PESTILENTIELLES. 261

Choléra. 261
Peste. 271
Typhus fever. 273
Suette. 278
Fièvre jaune. 282

6e CLASSE. — CLASSE INTERMÉDIAIRE. 283

Érysipèle. 283
Diphthérie. 289
Dysentérie. 302
Grippe. 308
Oreillons. 312

7e CLASSE. — NÉVROSES. 314

Hystérie. 314
Épilepsie. 343
Éclampsie 352
Tétanos. 363
Chorée. 367
Somnambulisme et catalepsie. 373
Contracture essentielle 385
Ataxie locomotrice. 388

Pages.
Crampe des écrivains. 395
Paraplégie essentielle. 396
Tremblement et paralysie agitans. 402
Crampe. 404
Paralysie essentielle de la langue. 405
Hypochondrie. 407
Folie et aliénation. 414
Démence. 444
Paralysie générale. 454

8e CLASSE. — MALADIES DES AGES. 466

Mort apparente des nouveau-nés. 466
Dentition. 468
Menstruation. 469
Grossesse. 473
Ménopause. 473

9e CLASSE. — MALADIES COMMUNIQUÉES. . . . 475

Rage. 475
Morve et farcin. 478
Pustule maligne. 482

10e CLASSE. — MALADIES PARASITAIRES. 485

Parasites animaux. 485
Parasites végétaux. 492

11e CLASSE. — EMPOISONNEMENTS. 495

A. *Venins et poisons animaux*. 496

Morsure de vipère. 497
Piqûre de guêpe. 498
Empoisonnement par les cantharides. 498
Empoisonnement par les moules, la chair et les œufs de poisson. 499

B. *Empoisonnement par les végétaux*. 499

Par l'alcool. 499
Les champignons. 503
Les solanées vireuses, l'opium, les ombellifères. . . 504
L'acide cyanhydrique, le camphre. 505
La noix vomique, l'ergot de seigle. 506
Le veratrum. 507

Pages.

C. *Empoisonnement par les minéraux*. 507

Par les acides. 507
— les alcalis. 508
— les sels de mercure. 508
— l'arsenic. 509
— le cuivre, les sels d'or, d'argent, de platine, de bismuth. 510
— le plomb. 510
— le phosphore. 514
— le chlore, l'iode, l'hydrogène sulfuré. 515

12e CLASSE. — ASPHYXIE. 517

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.